Nr 31 i 32 8. sierpnia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Leon WACHHOLZ. Kraków

Geneza przestępstwa a prawo kontrastu.

(Wedle wykładu wygłoszonego przy zamknięciu XV Zjazdu Lek. i Przyrod. Polskich 7 lipca br. we Lwowie).

„Obowiązkiem każdej nauki jest doszukiwać się w przyrodzie i w życiu pewnych prawideł..."
Max Planck.

Do poznania zjawisk, które się rozgrywają w świecie nas otaczającym, dwie prowadzą drogi. Pierwszą z nich wskazuje nam rozum, jednakże ujmowanie przezeń tych zjawisk, jako schematyczne, nie odpowiada wystarczająco wiernie żywej, a tym samym ustawicznie zmiennej rzeczywistości. Drugą drogę poznania tych zjawisk stanowi intuicja, która staje się nam szczególnie pomocną tam, gdzie nas zawodzi rozum. O niedostatku rozumu przy poznawaniu zjawisk otaczającego nas świata. wyraził się nadzwyczaj trafnie, a poetycko, Jan Kochanowski w znanym czterowierszu:

„wszystko się dziwnie plecie
na tym tu biednym świecie:
a kto by chciał rozumem wszystkiego dochodzić
i zginie a nie będzie umiał w to ugodzić".

Jednym ze społecznie najdonioślejszych zjawisk jest zjawisko przestępstwa. Długo, bo niemal do końca w. XIX zajmowano się tylko samym przestępstwem, jako zjawiskiem godzącym wrogo w społeczeństwo ludzkie. Rozpatrywano je w sposób o tyle niewłaściwy, że nie brano równocześnie pod rozwagę autora przestępstwa. Konsekwencją takiego stanowiska było wyznaczenie za przestępstwa kar, które miały przedstawiać wyraz odwetu społeczeństwa a zarazem miały być postrachem na przyszłość. Pomijając to, że odwet niekoniecznie się godzi z etyką, kary nawet najsurowsze, nie tylko nie wytępiły przestępstwa, ale nawet nie ograniczyły jego częstości.

Bankructwo kary, jako środka dla wytępienia przestępstwa, było tym momentem, który skłonił intuicyjnie Lombroza do podjęcia badań przestępców. Już sama myśl bliższego zapoznania się z przestępcami, a tym bardziej jej zrealizowanie, wystarczyły, aby nazwisko ich autora uczynić rozgłośnym, jako odkrywcy nieznanego dotąd świata. W istocie wydaje się niepojętym, dlaczego nikt przed tym, poprzednio mało w świecie znanym profesorem medycyny sądowej w Turynie, nie wpadł na ten pomysł, chociaż np. nauka zajmująca się badaniem twórczości poetów, artystów i uczonych, od dawna już opierała swą ocenę nie tylko na analizie ich dzieł, ale także na zbadaniu ich życia, w myśl trafnego zdania Goethego, że „kto poetę chce zrozumieć, musi poznać jego kraje".

Obserwacja przestępców, szczególnie niepoprawnych, przekonała Lombroza, że przestępcy ci posiadają pewne, zarówno anatomiczne, jak i czynnościowe, znamiona im wspólne, które ich odróżniają od ludzi niewystępnych. Folgując swej żywej wyobraźni, dopatrzył się w tych znamionach cech odrębnego typu antropologicznego, przypominającego, jego zdaniem, człowieka pierwotnego. Ponieważ tedy właściwości tego typu mogły być wyłącznie tylko wrodzone, przeto należało przestępcę uznać za przestępcę urodzonego *(homo deliquens natus)*. Zasadnicze dzieło Lombroza o człowieku-zbrodniarzu, które stało się podstawą antropologii kryminalnej, wywołało ze strony czynników miarodajnych sprzeciw, łatwo zrozumiały. Wszakże teza Lombroza zniewalała poddać rewizji dotychczasowy system karny, jako niedostosowany do przestępcy, który, zdaniem Lombroza, był jednostką co do swego rozwoju psychicznego, atawistycznie wstecz cofniętą, a więc jeżeli już nie całkowicie, to co najmniej w znacznej mierze nieodpowiedzialną za swoje czyny. Tezę swą oparł Lombrozo nie tylko na wynikach bezpośrednich badań, lecz także na luźnych spostrzeżeniach dawniejszych kryminologów, jak Feuerbach'a, Holtzendorf'a, Laurent'a, Despine'a i innych. Zasadniczo był z nim już od dawna w zgodzie Dostojewski, który czysto intuicyjnie w swej powieści „Zbrodnia i kara" w r. 1866. podważył dotychczasowy pogląd na istotę przestępstwa. Zdaniem Dostojewskiego, na którego sąd, jako nie pochodzący od zawodowca, nie zwrócono uwagi, przestępca popełnia przestępstwo wskutek „wprost dziecięcej lekkomyślności" ogarniającej go i „przyćmiewającej mu rozsądek i wolę" w chwili działania. Na innym miejscu przyrównywa Dostojewski tę napadową lekkomyślność do choroby, nie umie tylko rozwiązać nasuwającej się tu zagadki, czy „choroba rodzi zbrodnię, czy też zbrodni towarzyszy coś podobnego do choroby".

Teza Lombroza o typie antropologicznym urodzonego zbrodniarza upadła po kongresach antropologicznych w Paryżu i w Brukseli, z kilku powodów. Pierwszym z nich stało się doświadczenie klinik psychiatrycznych, które pouczyło, że cechy Lombroza, rzekomo znamienne dla urodzonego przestępcy, istnieją bardzo często także u osób nie kryminalnych, ale dotkniętych skazą psychopatyczną, czyli, że cechy te są raczej cechami psychopatii. Doświadczenie kliniczne obaliło tedy tezę o antropologicznym typie przestępcy, jednakże wykazało zarazem, że zbrodniarze niepoprawni są najczęściej psychopatami. W ten sposób z teorii antropologicznej wyłoniła się teoria biopatologiczna przestępstwa [1]). Teraz więc poczęto wyróżniać różne patologiczne typy zbrodniarzy, jak typ padaczkowy, typ amoralny od urodzenia, psychopatyczny itd., a zarazem poczęto także, nadużywając powyższej teorii, głosić zdanie, że każdy przestępca jest umysłowo chory lub co najmniej psychicznie upośledzony i mniej wartościowy.

Przeciw tezie Lombroza wystąpili także socjologowie (Tarde), podnosząc, że nawet urodzony przestępca nie mógłby się nim stać w rzeczywistości, gdyby nie natrafił na sprzyjające w tej mierze warunki socjalne. Powyższa teza, przypisująca wpływom zewnętrznym rozstrzygające znaczenie dla genezy przestępstwa, nie utrzymała się, nie umiała bowiem wyjaśnić zagadnienia, dlaczego spośród osób żyjących w tych samych warunkach socjalnych tylko niektóre, a nie wszystkie, stają się przestępcami. Ferri, jeden z licznych uczniów Lombroza, podjął myśl pogodzenia tezy antropologicznej z tezą socjologiczną. Jego zdaniem, przestępstwo jest wytworem dwóch czynników, tj. czynnika endogenicznego, wrodzonego przestępcy, czyli czynnika biopsychologicznego i czynnika egzogenicznego, tj. socjologicznego. Tak więc Ferri stał się twórcą biopsychologiczno-socjologicznej teorii przestępczości.

Innym powodem odrzucenia tezy Lombroza stała się jego szczegółowa klasyfikacja przestępców, wedle której inne cechy anatomiczne i czynnościowe mają odznaczać przestępców przeciw bezpieczeństwu życia, zatem zabójców, a między nimi jeszcze inne trucicieli, inne wreszcie przestępców przeciw własności, więc złodziei, oszustów itp. Klasyfikację powyższą uznano za wytwór fantazji, tymczasem podjęte później na wielką skalę badania przestępców doprowadziły do wyników zgodnych w dużej mierze z klasyfikacją Lombroza. Tak np. J. Mydlarski i K. Wiązowski [2]) dochodzą do wniosku, że między budową rasową przestępców a rodzajem ich przestępczości istnieje związek, który tym się przejawia, że poszczególnym rodzajom przestępczości zwykł odpowiadać odmienny, a każdemu z nich z osobna właściwy typ konstytucji cielesnej przestępcy. Sprawę wzajemnej zależności typów konstytucji cielesnej i charakteru uczynił Kretschmer [3]) przedmiotem swych doniosłych badań. Na ich podstawie doszedł on do przekonania, że istnieje niezaprzeczalny związek między typem konstytucyjno-cielesnym człowieka, a typem jego konstytucji psychicznej, czyli jego charakterem i to tak w tegoż granicach pato-, jak i fizjologicznych. W myśl tedy spostrzeżeń Kretschmera należało by się spodziewać, że każdemu rodzajowi przestępczości, zawisłemu od swoistych cech charakterologicznych, odpowiadać winna odmienna, a danemu rodzajowi przestępczości właściwa, konstytucja

[1]) Por. F. Stumpfl: Erbanlage u. Verbrechen. Berlin, 1935.
[2]) Archiwum kryminologiczne. 1933. Z. 1.

cielesna. I oto przekonano się, że np. typ leptosomiczny (o wąskiej budowie), czyli asteniczny, związany z charakterem schizoidalnym, zdarza się u zabójców z żądzy posiadania o wiele częściej od typu pyknicznego, że zatem typ ten jest dla tych przestępców znamienny. Baldrini zaś zauważył różnice między przestępcami przeciw własności a przeciw osobie, w postaci odmiennych wymiarów powierzchni twarzy i czoła. Tak więc klasyfikacja przestępców, podana przez Lombroza, nabrała obecnie znaczenia rzeczywistości.

Dotychczasowe sprzeczności w poglądach na genezę przestępczości przekonały z czasem, że wyjaśnienia istoty tego zjawiska można się spodziewać jedynie po oparciu badania przestępców na jak najszerszych podstawach. Za zasadniczo ważne w tej mierze podstawy uznano psychologię lekarską i lekarską naukę o osobowości. Ta ostatnia obejmuje dwie inne ważne nauki, tj. wspominaną już naukę o charakterze w związku z typami konstytucyjnymi i psychopatologię łącznie z endokrynologią, która pouczyła nas o wpływie wewnętrznego wydzielania na temperament i charakter, a tym samym i na przestępczość. M. Low[4]) uważa przestępczość wprost za następstwo zaburzeń wydzielniczych tarczycy, przy czym nadmiernemu jej wydzielaniu (hipertyreozie) przypisuje przestępczość przeciw życiu, niedostatecznemu zaś wydzielaniu (hipotyreozie) przestępczość przeciw własności. W związku z tym swym poglądem, zaleca Low odpowiednie leczenie tarczycy u przestępców, jako leczenie choroby, tworzącej przestępczość. Niezaprzeczalny wpływ na powstawanie przestępczości przypisuje wydzielaniu wewnętrznemu także M. Carrara[5]). Carrara domaga się też w konsekwencji swego zapatrywania, powierzenia funkcji sędziów w sprawach karnych lekarzom, z czym się atoli nie godzi J. Ślizowski[6]), który proponuje w miejsce lekarzy-sędziów powołać sędziów-lekarzy, tj. sędziów dobrze obeznanych z medycyną, szczególnie z psychopatologią. Jak Carrara lekarzy, tak znowu Franciszek Aleksander i Hugo Staub[7]) zalecili psychoanalityków, jako jedynie przysposobionych do spełniania zadania sędziego-kryminalisty, albowiem ich zdaniem tylko psychoanaliza umie wykryć rzeczywiste pobudki działania przestępcy. Z zapatrywaniem tym nie godzi się znany psychiatra wiedeński Wagner-Jauregg[8]).

Wspomniane dotąd teorie, niemal wyłącznie lekarskie, przyjmowały za główną przyczynę przestępczości czynniki endogeniczne, wrodzone przestępcy. Chociaż teorie te godzą się z intuicyjnym poglądem Dostojewskiego i chociaż znajdują także poparcie w powiedzeniu Ibsena, że „charakter człowieka jest bezsilny wobec wrodzonej mu natury“ albo też w zdaniu M. Plancka[9]), twórcy teorii kwantów, że „wolność woli polega na tym, iż rozum może wywierać wpływ na naszą wolę, ale nie może jej opanować“, słowem chociaż także ze strony nie lekarskiej przypisywano właściwościom endogenicznym wpływ przemożny na charakter, temperament i objawy woli, jako na czynniki, od których zależy przestępczość, przecież nie zapomniano o czynnikach egzogenicznych. Dwie teorie, tj. teoria indywidualno-psychologiczna Eugeniusza Schmidta[10]) i teoria psychoanalityczna Aleksandra i Stauba[11]), kładą dobitny nacisk na czynniki egzogeniczne, pozostawiając na boku czynniki endogeniczne. Wedle pierwszej z nich, przestępczość jest nabytą wadą charakteru, będącą wyrazem przystosowania się do bodźców zewnętrznych, w szczególności jest ona wyrazem protestu i oporu przeciw porządkowi społecznemu, czyli, jak to Dostojewski intuicyjnie wyjaśnia, jest ona dążnością do „usunięcia przeszkody stworzonej przez wadliwy ustrój społeczny“. Druga teoria, tj. teoria Aleksandra i Stauba, uważa przestępstwo za popędowo ujawniający się odczyn pewnych, zwykle psychotraumatycznych przeżyć płciowych z lat dziecięcych, uchylonych z świadomości. Zatem, wedle tej teorii, posiada czynnik egzogeniczny w postaci uchylonego z świadomości, rzeczywistego przeżycia również doniosłe znaczenie. Tak np. mają wedle tej teorii uchylone przeżycia sadyczne wyładowywać popędy do gwałtów, a płciowe poruszenia popęd do podpalań. Obie ostatnie teorie nie umieją wyjaśnić, dlaczego w równych warunkach tylko pewne osoby stają się przestępcami pod wpływem bodźców zewnętrznych względnie pod wpływem przeżyć uchylonych z świadomości.

Inna teoria psychoanalityczna uważa przestępstwo za następstwo wadliwego rozwoju osobowości przestępcy wskutek niedokładnego uchylenia ze świadomości pierwotnych popędów sadycznych lub kazirodczych u osobników o niedostatecznie rozwiniętym freudowskim „nad-ja“, czyli o niedostatecznie rozwiniętych wyższych uczuciach idealistycznych. Teoria tak uzupełniona czynnikiem endogenicznym jest już o wiele trafniejsza i zbliża się do teorii rozwojowo-biologicznej K. Birnbauma[12]). Birnbaum uważa przestępczość za rezultat zahamowanego a przy tym wadliwego rozwoju osobowości, a przestępcę za osobnika powstrzymanego w rozwoju na stopniu niższym, pierwotniejszym, wskutek czego wyższe zdolności intelektualne i etyczne nie mogły się u niego rozwinąć w stopniu właściwym, a tym samym i zapanować nad pierwotnymi jego popędami zmysłowymi. Odmienny jest pogląd E. Gabriela i E. Kratzmanna[13]) na istotę przestępstwa. Rozpatrując ludzkie typy charakterologiczne, dochodzą powyżsi badacze do przekonania, że typ dziwaka, jeżeli jest więcej aktywny, staje się wrogiem ludzkości, który walczy nie o świat, lecz ze światem. Może on swoją nienawiść rozładować „zależnie od skłonności i sposobności jako tyran, choćby tylko domowy lub jako sadysta, aż do zabójcy z lubieżności“; jeżeli zaś jest fizycznie słaby, staje się tylko moralnym insanikiem. Zdaniem Gabriela i Kratzmanna przestępcy przedstawiają typ człowieka, którego zwą „człowiekiem nicości“ *(der Mensch des Nichts)*. Ich zdaniem człowiek nicości jest dlatego skłonny do przestępstwa, że uważa zasady moralne i religię za hamulce narzucone mu z zewnątrz, a nie za konieczność wewnętrzną. Ponadto człowiek nicości posiada zbyt słabo rozbudzoną w sobie „prabojaźń“ *(„Urfurcht“)*. Życie posiada stałe granice, wszelka natomiast martwość nie posiada żadnych granic. Życie tkwi w granicach ciała, poza ciałem zaś jest zaprzeczenie życia, jest niebyt, jest śmierć, które przejmują człowieka lękiem, nazwanym przez Kratzmanna prabojaźnią. Z prabojaźni rodzi się lęk przed śmiercią *(„Todesfurcht“)* a nie obawa śmierci *(„Todesangst“)*, która się zjawia tylko w chwili zagrożenia życia. Środkiem, który w sposób niezawodny uśmierza i zwalcza prabojaźń jest ludzka kultura. Im ona jest wyższa, a więc im wyższa i głębsza jest moralność i religijność człowieka, które są pewną ucieczką i schronem przed grozą nicości, tym skuteczniej będzie opanowana i tłumiona prabojaźń. Ponieważ zaś człowiek nicości, a więc każdy przestępca ma z natury słabo rozbudzoną prabojaźń, zatem nie ma potrzeby przeciwstawiania jej czynników kultury, tj. zasad moralności i religii, które tym łatwiej i skorzej odrzuci, im więcej posiada aktywności czyli odwagi.

Wszystkie przedstawione dotąd wyjaśnienia genezy przestępczości wychodzą z tego założenia, że przestępczość, jeżeli nie jest jeszcze objawem stanu patologicznego, to jest ona co najmniej objawem stanu tamtemu bliskiego.

W inny sposób wyjaśniają genezę przestępczości Claparède i H. Marx[14]). Claparède uważa za cel życia człowieka zdobywanie dla siebie korzyści, które mogą być czasowo bliskie lub odległe. Zdobywanie tych korzyści odbywa się na mocy naturalnego prawa, któremu nadał on nazwę „prawa bliskiej i odległej korzyści“ *(„loi de l'interêt momentané et éloigné“)*. Prawem korzyści odległej, którą zdobywa się powolnymi uczciwymi zabiegami, kierują się w życiu jednostki intelektualnie i moralnie wyżej rozwinięte, natomiast prawem korzyści bliskiej kierują się osoby naiwne, dziecięco myślące, egoistyczne.

Prawo bliskiej i odległej korzyści, którego zastosowanie ma dzielić ludzi na występnych i prawych, dało H. Marxowi pochop do dopatrzenia się innego, jego zdaniem, również naturalnego prawa, nazwanego przezeń „prawem najkrótszej drogi“. Prawo to znajduje, wedle Marxa, zastosowanie tak w otaczającej nas przyrodzie, jak i u człowieka, zwłaszcza w odniesieniu do zjawiska przestępczości. Rozwój etyczny i intelektualny ludzkości dokonywał się i dokonywa zawsze w drodze długiej. Ponieważ rozwój etyczno-intelektualny jednostek jest tylko skróconym powtórzeniem rozwoju tego u całej ludzkości, zatem także rozwój ten u każdej jednostki z osobna winien się odbywać w drodze długiej. Drogę długą znamionuje altruizm, a postępuje nią w życiu każdy człowiek dojrzały i psychicznie normalny.

---

3) Körperbau u. Charakter. Berlin. 1929.

4) Archiv f. Kriminologie. 1933. T. 93. Str. 91.

5) L'antropologia Criminale et l'Endocrinologia. Arch. di antrop. crim. 1935. Fasc. VI.

6) Lekarz-sędzia czy Sędzia-lekarz? Czasop. sąd.-lek. 1935. Z. 3.

7) Der Verbrecher u. seine Richter. Ein psychoanalytischer Einblick in die Welt der Paragraphen. Wien, 1929.

8) Psychoanalyse u. Kriminalistik. N. F. Presse. Beil. 1930. Nr 23.501.

9) Das Problem der Willensfreiheit. Tamże. 1936. Nr 25.738. A.

10) Verbrechen u. Strafe. Handb. d. Individualpsychologie. München. 1927.

11) Der Verbrecher u. seine Richter. Wien. 1919.

12) Kriminalpsychopathologie u. Psychologische Verbrecherkunde. Berlin. 1931.

13) Die Süchtigkeit. Eine Seelenkunde. Berlin. 1936.

14) Das Gesetz des kürzesten Weges. Vierteljschr. f. ger. Med. 1918. T. 56 i Arch. f. Krim. 1917. T. 68.

Natomiast drogowskazem drogi najkrótszej jest egoizm, nią też postępuje człowiek pierwotny, niedojrzały, w rozwoju cofnięty, psychicznie nienormalny i człowiek-przestępca. Prawo drogi najkrótszej wskazuje wedle H. Marxa także na sposób jedynie skuteczny zwalczania przestępczości. Sposób ten polega na przyzwyczajaniu ludzi od lat dziecięcych do postępowania w życiu tylko po drodze długiej.

Oprócz praw stwierdzonych przez Claparède'a, Ladamé'a i H. Marxa można się dopatrzyć jeszcze innych praw również naturalnych, zdolnych rzucić może jaśniejsze światło na genezę przestępstwa i przestępczości.

Tak w przyrodzie nas otaczającej, jak i wśród społeczności ludzkiej rozgrywają się niewątpliwie od pierwszej chwili wszelkiego istnienia, jak się Szekspir [15]) wyraża, „sprzeczności niepojęte dziwa", tj. biegunowe przeciwieństwa. Przeciwieństwa te nie są przypadkowymi, natomiast przeciwnie, stałymi zjawiskami, wobec czego uważam za uzasadnione uznać je za wyraz innego, również naturalnego prawa, które pozwalam sobie nazwać „prawem kontrastu".

Już w pierwszej chwili Stworzenia [16]), gdy Bóg rzekł: „niech się stanie światłość" i gdy potem „przedzielił światłość od ciemności i nazwał światło dniem a ciemność nocą", objawiło się pierwsze przeciwieństwo, pierwsze potężne zjawisko kontrastu, za którym poszły niezliczone inne, np. kontrastujące ze sobą pory roku, a więc roześmiana słońcem i nadzieją wiosna, a pełna smutku i tęsknoty jesień, znojne skwarem lato a groźna mrozem zima, ożywczy zefir a niszczący wszystko cyklon, prometejsko ujęty, światłem i ciepłem skrzepiający ogień a śmierć i zniszczenie przynoszący grom, kalejdoskopowo zmienne, pełne ruchów i odgłosów życie a milcząca jak głaz i martwa śmierć.

„Siła jest dziwów — jak mówi Sofokles [17]) — lecz przecie człowiek szczytem dziwów w świecie". Szczytem dziwów staje się człowiek także przez obfitość przeciwieństw, dających się zauważyć tak w jego powierzchowności cielesnej, jak i w jego właściwościach duchowych. Powierzchowność człowieka raz ujmuje i podbija swą harmonią i wdziękiem, innym razem odpycha od siebie, a nawet budzi odrazę. Trojańskiemu Parysowi, Hiacyntowi, ulubieńcowi Apollona, Romeowi Szekspira, jako wzorom urody przeciwstawiają się takie postacie ułomne i pełne brzydoty, jak homerowy Tersytes, szekspirowski Ryszard III, schillerowski Wurm lub Franciszek Moor, Słowackiego Negri [18]).

Znaczniejsze, od zewnętrznych, są przeciwieństwa duchowe u ludzi. I tak prostodusznemu, pracowitemu i uczciwemu rolnikowi i myśliwemu Ezawowi [19]), umiłowanemu synowi Izaaka, przeciwstawia się chytry i podstępny młodszy jego brat Jakób, ulubieniec matki Rebeki, który oszukańczo pozbawia brata błogosławieństwa ojcowego; Leonidasowi, królowi Sparty, nieśmiertelnemu bohaterowi z pod Termopili, przeciwstawia się jego nikczemny współplemiennik Efialtes, który dla niskiej osobistej korzyści nie wahał się zdradzić swej ojczyzny i wydać na śmierć Leonidasa i jego towarzyszy; Arystydesowi [20]), uosobieniu po wszystkie wieki cnót skromności, bezinteresowności, obyczajności i sprawiedliwości, przeciwstawia się jego poprzednik w rządzie ateńskim, bezwzględny względem drugich, chciwy władzy, dochodów i znaczenia Temistokles; Petroniuszowi [21]), wykwintnemu dworzaninowi Nerona, przeciwstawia się krwawy, do każdego występku gotowy, tegoż siepacz Tigellinus; żywej z usposobienia, uroczej z wdzięków, lecz lekkomyślnej i uwodzicielskiej Marii Stuart [22]), przeciwstawia się trzeźwa, zawsze korzyści tylko szukająca, chciwa władzy, zimna, twardego serca, ale wielka królowa Anglii, Elżbieta, o której ktoś z współczesnych powiedział, że była czymś więcej od mężczyzny, a czymś mniej od kobiety [23]).

Przeciwieństwa duchowe dają się nieraz zauważyć także u jednego i tego samego osobnika, gdyż, jak to trafnie powiada Szekspir [24]): „podobnie wroga i w człowieku gości dwoistość uczuć dobroci i złości". Tej to właśnie sprzeczności uczuć musi się przypisać, że wedle Sofoklesa [25]):

[15]) Romeo i Julia, akt I, scena 1.
[16]) Księga Rodzaju 3—5.
[17]) Antygona. Stasimon II.
[18]) Beatrix Cenci. Akt II, scena 3.
[19]) Księga Rodzaju II. 25, 26, 27.
[20]) Plutarch: Żywoty sławnych mężów.
[21]) A. Weigall: Nero. Wien—Leipzig. 1936.
[22]) Henri-Robert: Die grossen Processe der Weltgeschichte. Berlin. 1928.
[23]) I. C. Neale: Elisabeth von England. Hamburg. Verlag H. Govers. 1936.
[24]) Romeo i Julia. Akt II, scena 3.
[25]) Antygona. Stasimon II.

„sił swych potęgę, które w duszy tleją,
człowiek pcha zbrodni lub cnoty koleją".

Najbardziej jaskrawe przeciwieństwa zauważa się u człowieka na tle seksualnym. Już uczucie miłości, będące emanacją seksualizmu, mieści w sobie przeciwieństwa, które tak trafnie a barwnie określił Szekspir, nazywając miłość „poważną igraszką, lekkim ołowiem, jasnym dymem, zimnym żarem, snem czuwającym, szałem rozsądnym, obmierzłej żółci goryczą, wreszcie łakoci słodyczą" [26]). Miłość, choć wedle słów poety jest „słodką nadzieją i tęsknotą" i choć pozwala miłującemu „oku patrzeć w otwarte niebo" [27]), przecież doprowadza nieraz do cierpień psychicznych. Sąd Heinego, że nazwa „obłąkanie miłosne to pleonazm, wszak sama miłość jest już obłędem", mieści w sobie niewątpliwą przesadę, atoli nie może ulegać wątpliwości, że miłość może stać się przyczyną nawet zaburzeń umysłowych, którym niedawno Constance Pascal [28]) poświęcił nader zajmujące studium psychiatryczne. Zastanawiając się bliżej nad uczuciem miłości, nie podobna odmówić racji Szekspirowi, jeżeli miłość nazywa „żarem, co w oku szczęśliwego płonie, morzem łez, w którym nieszczęśliwy tonie", gdyż w istocie staje się ona zawsze morzem cierpień duchowych, gdy nie znajdzie wzajemności. Wtedy to bowiem miłość przetwarza się łatwo w podejrzliwość [29]), zazdrość i w końcu w nienawiść do osoby, która miłość ku sobie wzbudziła. Męki podejrzliwości i zazdrości, przedstawione z pełnym realizmem mistrzowsko przez Szekspira [30]), Lwa Tołstoja [31]), lub Marcelina Prousta [32]), zawód bolesny wywołany beznadziejnością uczucia lub nienawiść obudzona brakiem wzajemności, wiodą do czynów gwałtownych, przede wszystkim do samobójstwa jednej lub obu osób złączonych uczuciem, a także i do zabójstwa ze wzruszenia [33]), zakończonego nieraz samobójstwem zabójcy. Miłość stanowi jedną z najczęstszych przyczyn samobójstwa osób młodych, jak to stwierdzają statystyki obcokrajowe i nasze [34]), a samobójstwa te wydarzają się bardzo często, jakby dla pogłębienia kontrastu, w maju, tym miesiącu, opiewanym przez poetów, jako miesiąc miłości [35]).

Spośród przestępstw obudza zawsze największą grozę zabójstwo, którego się człowiek dopuszczał już od zamierzchłych czasów. Pismo święte [36]) mówi o bratobójstwie Kaina, którego imieniem można nazwać także zabójstwa najbliższych członków rodziny a nawet zabójstwo w ogólności [37]). Zabójstwa, jako najjaskrawszego przeciwieństwa uczucia miłości bliźnich, dopuszczają się nieraz tacy przestępcy, którzy przed popełnieniem zabójstwa lub też po nim, złożyli dowody, że im prawo miłości bliźniego nie było obce. Tak to jedna i ta sama osoba może objawiać krańcowo sprzeczne ze sobą uczucia względem bliźnich. Przykładem takiego przestępcy jest Dostojewskiego Raskolnikow, który zanim popełnił oba zabójstwa, utrzymywał przez pół roku ze swych skąpych zasobów chorego kolegę, a po jego śmierci jego ojca, dotkniętego porażeniem; wyniósł także dwoje dzieci z płonącego domu z narażeniem swego życia.

Najpotworniejszymi ze zabójstw są matko- i ojcobójstwa, których sprawcami bywają zwykle synowie, a wyjątkowo córki, jak np. Beatrix Cenci [38]), która przy pomocy swych braci Giacoma i Bernarda, zabiła swego ojca Francesca. O ile ojcobójstwo dokonane przez syna jest jeszcze łatwiejsze do wytłumaczenia,

[26]) Romeo i Julia. Akt I, scena 1.
[27]) Schiller: Pieśń o dzwonie.
[28]) Chagrins d'amour et psychoses. Paris. 1935.
[29]) Silvio Pellico (Francesca da Rimini) nazywa miłość „kowalem podejrzliwości" *(„amore e di sospetti fabbro")*.
[30]) Otello.
[31]) Kreutzerowska Sonata.
[32]) La fin de la jalousie. A la Recherde du temps perdu.
[33]) L. Wachholz: O przestępstwach przeciw życiu z wzruszenia. Czasop. sąd.-lek. 1933. Z. 3—4.
[34]) M. G. Dąbrowska: Samob. młodzieży. Warsz. Czasopismo Lek. 1926. — W. G. Dąbrowski i Manczarski: Czasop. sąd.-lek. 1934. Z. 1 i W. G. Dąbrowski: Tamże. Z. 3.
[35]) Heine: Lyrisches Intermezzo: „Im wunderschönen Monat Mai...".
[36]) Ks. Rodzaju 4. 11.
[37]) Byron: Kain, akt III. Ewa zwraca się do Kaina z tymi słowy: „odtąd imię Kain oznaczać będzie czyn twój po przez wszystkie wieki ludzkości").
[38]) Bertolotti: F. Cenci e la sua famiglia. Firenze. 1879. B. podaje na podstawie aktów sprawę stracenia zabójców F. Cenci'ego w r. 1598. Sprawę tę opracowali poetycko Shelley i J. Słowacki w postaci dramatów, Guerrazzi w formie powieści a Stendhal w *„Chroniques italiennes"*. Paryż. 1855.

choć co najmniej niekoniecznie za pomocą freudowskiego zespołu edypowego, który chyba tylko wyjątkowo może wchodzić w grę, o tyle matkobójstwo wydaje się być niezrozumiałym, a tym samym potwornym, przestępstwem. Eurypides [39]) nie waha się nazwać Orestesa, ustami Tyndareosa, „potworem matkobójczym". Mimo tej potworności, nie zdaje się być matkobójstwo rzadsze od ojcobójstwa. W ciągu ostatnich 10 lat zetknąłem się, jako lekarz-znawca, z jednakową ilością przypadków ojco- i matkobójstwa, a z kronik kryminalnych z ostatnich kilku lat zebrałem po 15 przypadków obu tych przestępstw. Zabójcami byli, z wyjątkiem dwóch przypadków, synowie. W jednym z tych dwóch przypadków dopomogła 19-letniemu matkobójcy, jego starsza siostra, zadusić matkę za pomocą zadzierżgnięcia szalikiem, w drugim zaś, córka otruła matkę swą węglanem barowym [40]) (kapsem).

Miłość macierzyńska, zwana przez H. Grossa [41]) „instynktem macierzyńskim", zdobyła sobie od dawna miano najwznioślejszego uczucia, sławionego przez poetów dla swej bezinteresowności, niepomnego nawet bólów wycierpianych, którymi się okupuje macierzyństwo. Ewangelista [42]) mówi: „niewiasta, gdy rodzi, smutek ma, że przyszła jej godzina; lecz gdy porodzi dziecię, już nie pamięta uciśnienia z radości", a poeta niemiecki Ryszard Voss [43]) twierdzi, że „nie ma matki, która by nie kochała swego dziecięcia". Tymczasem kobieta popada nieraz w konflikt ze swym macierzyństwem i zapiera się tego najbardziej altruistycznego z uczuć ludzkich. Zaparcie się tego uczucia ułatwiają kobiecie pewne jej cechy charakterologiczne, jak próżność, zazdrość, gniewliwość i mściwość, które zdaniem Wulffena [44]) zbliżają kobietę do poziomu dziecka lub człowieka pierwotnego i popychają ją do zbrodni względem swego płodu, noworodka, oseska i dziecka. Jeżeli spędzenie płodu, tj. przerwanie ciąży bez istotnego wskazania, usprawiedliwiane współcześnie ideą dążenia do tzw. „świadomego macierzyństwa" a potępione już w starożytnym Rzymie, nie jest jeszcze zbyt jaskrawym zaprzeczeniem uczucia macierzyńskiego, to stają się nim, w stopniu wzrastającym, przestępstwa podrzucenia, dalej porzucenia dziecka, dzieciobójstwa, wreszcie znęcanie się nad nim i zabójstwa dziecka. Wymienione przestępstwa przedstawiają jeszcze jaskrawszy kontrast z uczuciem macierzyńskim, jeżeli, jak się to bardzo często zdarza, dziecię padające ofiarą przestępstwa ze strony matki, było owocem jej zapomnienia się pod wpływem miłości. Ten, zdawało by się, drogi jej zadatek miłości staje się przedmiotem jej nienawiści i to nawet wtedy, gdy ojciec dziecka ulegalizuje później swój stosunek do matki i dziecka. Doświadczenie pouczyło, że nienawiść ku swemu „nieślubnemu" dziecku żywią najczęściej te matki, które go nie karmiły i oddały je obcym kobietom na wychowanie. Czy samo karmienie piersią przez wpływ hormonalny, jak przypuszcza Grassl [45]), czy też suma trudu około wychowania dziecka przywiązuje matkę do niego i obudza miłość macierzyńską, pozostaje zagadką, w każdym razie wiemy, jak szybko i łatwo karmicielki obcych dzieci nawykają do nich uczuciem, a odwykają od dzieci własnych.

Zrozumialsze od wspomnianych przestępstw matek są złe obchodzenia się macoch z pasierbami, szczególnie zaś z pasierbicami, następnie nauczycielek, zwłaszcza starszych, ze swymi uczennicami, a wreszcie tzw. fabrykantek aniołków z niemowlętami, przyjętymi na wychowanie. I w tych przypadkach postępowanie kobiet kłóci się w sposób jaskrawy z uczuciowością im właściwą.

Zdaniem Goethego [46]), charakter ludzki tworzy się „w nurcie świata, talent natomiast w cichości". Goethe uważa tedy charakter za twór czynników wyłącznie zewnętrznych, czyli za twór środowiska, w którym się człowiek rozwija. Sąd Goethego nie może się ostać w świetle, wspomnianych już poprzednio, badań współczesnych związku między budową cielesną, a więc konstytucją a charakterem. Z tych bowiem nowoczesnych badań wiadomo nam, że zarówno budowa cielesna, jak i właściwości psychiczne są wrodzone i odziedziczalne, rozumie się w sposób fenotypiczny, tj. z dopuszczeniem pewnych odbiegnięć od właściwego genotypu, wywołanych ubocznymi wpływami dziedzicznymi i czynnikami egzogenicznymi, np. chorobami. Tak więc skłonności zbrodnicze są, jako cechy charakteru, wrodzone i odziedziczalne. O dziedziczeniu skłonności zbrodniczych przekonał się dowodnie Lange przez zbadanie przestępczości bliźniaków jedno i dwujajowych [47]). Stwierdził on bowiem u obu bliźniaków, pochodzących z jednego jaja, o wiele częstsze pojawianie się w ich życiu przestępczości niż u obu bliźniaków, pochodzących z dwóch jaj. Ponieważ bliźniacy jednojajowi pochodzą zawsze od jednego i tego samego ojca, podczas gdy dwujajowi mogą pochodzić od dwóch ojców, zatem przestępczość obu bliźniaków, pochodzących z jednego jaja, przemawia za przestępczością u ich ojca, a tym samym za odziedziczalnością charakteru zbrodniczego. Na tym fakcie stwierdzającym, że usposobienie przestępcze opiera się na czynnikach wrodzonych, oparł Renato Kehl [48]) swe twierdzenie, że człowiek dobry rodzi się dobrym, a przewrotny — przewrotnym.

Jak tedy z naprowadzonych tu faktów wynika, właściwości psychiczne człowieka, jego charakter i usposobienie zależą w pierwszym rzędzie od czynnika endogenicznego, wrodzonego, a w drugim dopiero rzędzie od czynnika egzogenicznego. Pod wpływem tych czynników nabiera charakter swoistych właściwości, jednych, które stanowią jego zalety a innych, które tworzą jego wady. Zalety i wady charakteru przeciwstawiają się sobie wzajem, tworząc kontrasty. Tak np. zaletom takim, jak szczerość, otwartość i prawdomówność, przeciwstawiają się wady, jak obłuda, skrytość i kłamliwość; uprzejmości, życzliwości i współczuciowości przeciwstawiają się rubaszność, szorstkość, nieżyczliwość i obojętność; wybaczalności, uczynności i ofiarności przeciwstawiają się mściwość, zawiść, sobkostwo itd. Od przewagi zalet lub wad zależy, czy dana jednostka pójdzie po linii zalet, na których się opiera altruizm, stanowiący podstawę poczucia socjalnego, czy też po linii wad, właściwych egoizmowi, który jest zasadniczym znamieniem poczucia asocjalnego i antysocjalnego. Poczucia socjalnego cechą jest prawość i prawomyślność, zaś poczucia asocjalnego i antysocjalnego, przestępczość. Kontrast, jaki stanowi prawość z przestępczością, jest zjawiskiem naturalnym, świadczącym o szczególnej skłonności natury do stwarzania przeciwieństw. Skłonność ta nie jest w naturze bynajmniej wyjątkowa i przypadkowa, lecz przeciwnie raczej zasadnicza i zwykła tj. częsta. Ponieważ zaś zjawiska, powtarzające się zasadniczo i często, wskazują już na pewną stałą normę, czyli na prawo, które nimi kieruje, zatem można nazwać tę normę, która skłania naturę do tworzenia przeciwieństw, naturalnym prawem kontrastu. Że zaś w dalszej konsekwencji przestępczość jest zasadniczym i stałym przeciwieństwem prawości, przeto można je z pełnym uzasadnieniem uznać za emanację naturalnego prawa kontrastu.

Ale nie tylko przestępczość niepoprawna Lombroza, zatem przestępczość, przedstawiająca niezmienne i trwałe przeciwieństwo poczucia socjalności, stanowi wyraz naturalnego prawa kontrastu, stanowi go także przestępczość przygodna, do której ujawnienia potrzeba, oprócz właściwego usposobienia, także wpływów zewnętrznych, jako czynników ją wyzwalających. To endogeniczne usposobienie do przestępczości nie musi się opierać wyłącznie tylko na kontraście zdrowia i rozwoju umysłowego, zatem na chorobie umysłowej lub na regresji psychicznej wrodzonej, albowiem, jak uczy doświadczenie psychopatologów sądowych, wynik badania stanu umysłowego przestępców bywa bardzo często całkiem ujemny.

Właściwości intelektualne i uczuciowe nie są u ludzi równomiernie, a tylko indywidualnie rozwinięte, toteż nie ma w tym względzie dwóch ludzi podobnych do siebie. Różnice w zdolnościach intelektualnych i we właściwościach uczucia u ludzi mogą się zaznaczać, tak pod względem jakościowym, jak i ilościowym. Doświadczenie uczy, że wybitne zdolności w jednym kierunku łączą się najczęściej, jakby dla wyrównania, ze słabszymi zdolnościami w innym kierunku. Dopóki to słabsze uzdolnienie w pewnym kierunku nie przekroczy granic fizjologicznych, tj. dopóki nie nabierze znamion chorobowego defektu, dotąd nie można go uważać za objaw stanu chorobowego. Natomiast należy takie mniejsze uzdolnienie w pewnym kierunku, zwłaszcza, gdy jest wyrównane wybitniejszym uzdolnieniem w innym kierunku, uważać za fenotypiczną, tj. indywidualną odmianę uzdolnienia *(varietas)*. Podobnie jak pod względem intelektualnym, tak i pod względem uczuciowym zachodzą u ludzi różnice. I tak u jednych jest poczucie moralne głębokie, u innych zaś płytkie, jako wyraz odmiany poczucia etycznego. Taka płytkość poczucia etycznego, nie mająca jeszcze

---

[39]) Orestes. Tragedia.
[40]) W. Felc: Zatrucia barem. Czasop. sąd.-lek. 1936. Nr 2.
[41]) Kriminal-Psychologie. Leipzig. 1905.
[42]) Ewang. św. Jana. 16. 21.
[43]) Ewa. Akt III.
[44]) Das Weib als Sexualverbrecherin. Hamburg. 1931.
[45]) Die genitalen Brustdrüsen des Weibes im Dienste der Rasse itd. Ztschr. f. Med. Beamte. 1914. — Posiadamy obecnie nawet preparat zwany *prolaktyną*, który rzekomo obudza i wzmaga instynkt macierzyński.
[46]) Torkwato Tasso. Akt I, scena 2.
[47]) Lange: Verbrechen als Schicksal. Studien an kriminellen Zwillingen. Leipzig. 1929. Nadto: Kranz: Die Kriminalität bei Zwillingen. Zt. f. indukt. Abstammungslehre, 1933 i tenże: Lebensschicksale krimineller Zwillinge. Berlin. 1936; nadto Fr. Stumpfl: Die Ursprünge des Verbrechens. Leipzig, 1936.
[48]) Ref. w Revue des Progrès Thérapeutiques. 1935. Nr 5.

cech defektu patologicznego, odznacza się tym, że odnośna osoba jest świadoma dobrze zasad etycznych, ale nie umie ich dokładnie zastosować, zwłaszcza w trudniejszych chwilach swego życia. Spotykamy się tu ze zjawiskiem podobnym do zjawiska w uzdolnieniach matematycznych. Jeden przyswaja sobie prawidła matematyczne, ale nie umie ich, mniej lub więcej poprawnie, zastosować przy rozwiązaniu zadania. Osoby o płytkim poczuciu etycznym nie muszą, ale się mogą stać, i to o wiele łatwiej, przestępcami. Mniejsza lub większa skłonność ich do przestępstwa, zależy z jednej strony od stopnia ich płytkości etycznej, a z drugiej strony od stopnia sprawności ich rozumu. O ile płytkość poczucia etycznego będzie mniej znaczna albo, o ile rozum u osoby etycznie płytszej będzie działał sprawniej, o tyle osoba ta nie popadnie, przynajmniej łatwo, w konflikt z porządkiem prawnym. Jeżeli atoli płytkość etyczna będzie wybitniejsza, lub, co ważniejsza, jeżeli rozum będzie stale, lub przygodnie, nie dopisywał, wówczas dana osoba stanie się łatwo przestępcą, albowiem jest albo wydatniej etycznie płytka lub rozum jej nie umie wpływać odpowiednio hamująco na pobudki skłaniające do przestępstwa. Rozum zaś może przygodnie nie dopisać w chwili, gdy ktoś ulega afektowi lub działaniu przetworów odurzających, albo natrafi na okoliczności sprzyjające przestępstwu. Że wpływ rozumu zanika w chwili afektu, uczy codzienne doświadczenie, które nakazało nawet uznawać afekt u sprawcy przestępstwa za czynnik zmniejszający jego odpowiedzialność karną. Tak samo jak afekt, tak i środki narkotyczne ograniczają i znoszą zdolność rozumu hamowania popędów zbrodniczych. Spośród tych środków jest praktycznie najważniejszym alkohol, jako każdemu łatwo dostępny. Alkohol, porażając wpływ hamujący rozumu, pozostawia danej osobie zupełną swobodę działania w sposób odpowiadający jej poczuciu etycznemu i usposobieniu. Człowiek z natury łagodny i etyczny, pozostanie nim także w chwili odurzenia alkoholem, natomiast człowiek etycznie płytki i posiadający usposobienie brutalne, hamowane w warunkach normalnych rozumem, stanie się gwałtownym burzycielem porządku prawnego w chwili, gdy alkohol przezeń nadużyty, porazi wpływy hamujące jego rozum.

Poza stanem afektu i odurzenia narkotykami, mogą ujawnić przestępczość także czynniki zewnętrzne, w postaci sprzyjających okoliczności. Tak np. sprzyjająca okoliczność uczyniła biblijnego Jakuba przestępcą-lichwiarzem, albowiem zażądał on od brata swego Ezawa za misę soczewicy zrzeczenia się na swą korzyść prawa pierworództwa, w chwili, gdy Ezaw, powróciwszy z pracy w polu, padał ze znużenia i głodu i dlatego był podatny wyzyskowi. Ciężkie chwilowe położenie Ezawa oddaje dokładnie jego odpowiedź na propozycję Jakuba: „oto umieram — rzecze — cóż mi pomoże pierworództwo?". Z podobnymi przestępstwami lichwy środków niezbędnej potrzeby, przede wszystkim lichwy żywnościowej, spotykało się społeczeństwo ludzkie w czasach nieurodzajów i wielkich wojen, zatem w czasach, w których lichwa żywnościowa mogła była być uprawiana łatwo i niespostrzeżenie.

I ta także kategoria przestępców, którzy się nimi stają pod wpływem afektu, odurzenia lub przy stosownej sposobności, stanowi również kontrast z ludźmi o pełnym poczuciu socjalnym, a zatem jest ona także wyrazem naturalnego prawa kontrastu.

Nowoczesny rozwój nauki o genezie przestępstwa, przedstawiony tu w krótkim zarysie, musiał zachwiać podstawami dotychczasowego pojęcia kary. Czasy Torkwemady, który torturą i pastwieniem się usiłował osiągnąć pomstę i odwet za przestępstwo, pojmowane wówczas jako objaw przewrotności i grzechu, zależny wyłącznie tylko od woli przestępcy, minęły już bezpowrotnie. Nie łudzimy się też już dzisiaj myślą, że zdołamy karą odstraszyć przestępcę od ponownych przestępstw, gdyż przekonaliśmy się dowodnie o niewzruszonej prawdzie zdania Horacego [49], że „choć przegnasz naturę batem, ona znów powróci". W myśl naszych dzisiejszych wiadomości z zakresu kryminologii, kara może być tylko środkiem zabezpieczającym społeczeństwo przed agresywnością przestępców, a zakłady karne winny stanowić zakłady wychowawcze, dokształcające, a nawet do pewnego stopnia lecznicze, zwłaszcza w odniesieniu do przestępców, których młody jeszcze wiek pozwala żywić nadzieję etycznego odrodzenia lub co najmniej poprawy [50]).

---

[49]) Epist. I. 10.24. („naturam expellas furca, tamen usque recurret").

[50]) Por. J. Makarewicz: Prawo karne i prawa obywatela. Odbitka, oraz F. Kadecka: Verstehen u. Verzeihen im Strafrecht. N. F. Presse z 25 maja 1936. Nr 25.763.

PRACE ORYGINALNE.

J. CELAREK i J. JAKÓBKIEWICZOWA. Warszawa.

Szczepienia ochronne nową szczepionką błoniczo-płoniczą [1]).

(Z Państwowego Zakładu Higieny).

Szczepienia ochronne przeciw płonicy prowadzono u nas do roku 1925 na małą skalę. Do przeprowadzenia szczepień używano szczepionki, w postaci zawiesiny w soli fizjologicznej, paciorkowców hemolitycznych, wyhodowanych z przypadków płonicy, zabitych ciepłem. Sposób przyrządzania tej szczepionki, jak również i jej stosowanie praktyczne opierało się na tradycji prac Palmirskiego, który w Polsce, na szereg lat przed pracami Dicków, stosował praktycznie poglądy Gabryczewskiego na tę sprawę. Po pracach Dick'ów nad płonicą, szczepienia ochronne przeciwpłonicze zaczęto stosować we wszystkich krajach, a więc i w Polsce, w szerszym zakresie. Z początku, tj. w latach 1925—1927, używa się u nas, jako szczepionki, odpowiednio wymiareczkowanej toksyny paciorkowców płoniczych.

W roku 1927 wprowadzili Celarek i Sparrow (Ped. Pol. 1927, t. VII) do szczepień płoniczych anatoksynę, a wreszcie w roku 1928 wprowadzono w Państwowym Zakładzie Higieny wyrób szczepionki składającej się z anatoksyny błoniczej i płoniczej, pod nazwą szczepionki błoniczo-płoniczej (B. P.).

W r. 1925 podnosi się produkcja szczepionek płoniczych z 35 litrów (1924) na 355 litrów, tj. ilości wystarczającej na uodpornienie 118.000 dzieci. Od tego czasu utrzymuje się na wysokości około 200.000 kompletnych dawek szczepiennych.

Według źródeł Ministerstwa Opieki Społecznej szczepienia ochronne przeciwpłonicze nie wpłynęły na zmniejszenie się ilości zachorowań na płonicę, albowiem utrzymuje się ona w ostatnim dziesięcioleciu wciąż na wysokości około 20.000. Zmniejszyła się jednak, według tych samych źródeł, śmiertelność. Prawdopodobnie zależy to tak od szczepień, jak również i od innych czynników. Nie można było również zebrać dowodów bezpośrednich, czy szczepionka B. P. chroni szczepionych od zachorowania na płonicę i czy ewentualnie nie należało by zmienić składu tej szczepionki, szczególnie wskutek następujących powodów:

1. Eliminowanie ciał bakteryjnych paciorkowców płoniczych ze szczepionki B. P. nie jest wskazane, bo ciała bakteryjne dają powód do powstania przeciwciał antybakteryjnych, które w odporności płoniczej mogą mieć znaczenie.

2. Przeprowadzenie toksyny płoniczej w anatoksynę nie jest rzeczą tak prostą, jak to się dzieje przy anatoksynie błoniczej. Zamiana toksyny płoniczej w anatoksynę trwa bardzo długo, przy czym produkt końcowy nigdy nie jest zupełnie atoksyczny.

Ponieważ w Zakładzie ks. Boduena w Warszawie szczepienia ochronne przeciw błonicy i płonicy przeprowadza się pod kierunkiem Państw. Zakładu Higieny, postanowiliśmy przy pierwszej sposobności przeprowadzić pewną ilość szczepień, za zgodą Dyrekcji Zakładu, nową szczepionką błoniczo-płoniczą, której 1 cm^3 zawierał:

5000 dawek skórnych (DS) toksyny płoniczej,
200 milionów paciorkowców zabitych formaliną,
27 jednostek antygenowych Ramona anatoksyny błoniczej.
Dodatek fenolu wynosił 0,3%.

Ze składu widać, że szczepionka taka nie mogła być szkodliwa. Można było przypuszczać z góry, że wskutek dodatku ciał bakteryjnych, wchłanianie się szczepionki będzie powolniejsze, niż przy użyciu dawnej szczepionki B. P.

Sposobność do szczepień nadarzyła się i w grudniu 1936 r. wybrano do uodporniania tą szczepionką 61 dzieci, z dodatnim odczynem Dicków. Podczas pierwszego szczepienia wstrzyknięto podskórnie 0,5 cm^3 każdemu dziecku. U wszystkich dzieci reakcja ogólna minimalna, miejscowa, polegająca na zaczerwienieniu i obrzęku, utrzymywała się do 5 dni i była w granicach normy. U jednego dziecka po 8 godzinach wystąpiła wysypka trwająca 24 godzin, typu szkarlatynowego. Po 10 dniach wstrzyknięto tym dzieciom drugi raz 0,5 cm^3 szczepionki podskórnie. Reakcja ogólna i miejscowa w granicach normy. Po 10 dniach wstrzyknięto po raz trzeci po 1 cm^3 tej samej szczepionki. Reakcja ogólna minimalna, odczyn miejscowy w granicach normy. W miejscu zastrzyku stwardnienie, które utrzymuje się przez 6—10 dni, po czym znika bez śladu. Wszystkie odczyny nie przekraczają granic normy. Po 6 tygodniach u wszystkich dzieci była zrobiona reakcja Dicków. Na 61 dzieci u 11 reakcja Dicków pozostała dodatnia. Widzimy zatem, że 82% dzieci zmieniło dodatni odczyn Dicka na ujemny.

---

[1]) Komunikat podany na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie, 1937.

Tablica I.

Wiek	Odczyn Dicków dodatni przed szczep.	Odczyn Dicków ujemny po szczepieniu	Odczyn Dicków dodatni po szczepieniu
0—1	11	8	3
1—2	12	9	3
2—3	24	20	4
3—4	13	12	1
4—6	1	1	—
Razem	61	50	11

Jeśli prześledzimy zdolność zmiany odczynu Dicków dodatniego na ujemny pod wpływem szczepionki w zależności od wieku, to widzimy, że zdolność ta wzrasta z wiekiem:

0—1 72%
1—2 75%
2—3 83%
3—4 92%

W lutym 1937 roku w Zakładzie ks. Boduena wybuchła epidemia płonicy. Na 161 dzieci, które były na trzech oddziałach, zachorowało wśród nie szczepionych 44 dzieci, tj. 27%. Wśród dzieci szczepionych, u których dodatni odczyn Dicków zmienił się na ujemny, nie zachorowało żadne dziecko. Wśród tych, u których odczyn Dicków pozostał dodatni, na 11 dzieci zachorowało 3. Liczby te świadczą o odporności dzieci, u których po trzykrotnym szczepieniu odczyn Dicków zmienił się na ujemny. Żadne wśród tych dzieci nie zachorowało, chociaż były one na oddziałach, na których chorowało 27% dzieci.

W maju 1937 r. przeprowadzono nową szczepionką B. P. dalsze uodpornianie dzieci. Ogółem zaszczepiono 234 dzieci w Zakładzie ks. Boduena w Warszawie i jego filii w Klarysewie pod Warszawą. Dawki były takie same, jak poprzednio. Odstępy szczepień wynosiły 7—10 dni. U 6 dzieci po pierwszym szczepieniu wystąpiła typowa wysypka płonicza, która znikła po 48 godzinach. Stan dzieci dobry. U wszystkich pozostałych dzieci odczyn miejscowy i ogólny średnio nasilony. Ciepłota 37—38°, trwająca 24 godziny, obrzęk i zaczerwienienie w miejscu zastrzyku wielkości 5×5—20×20 cm, znikające po 2 dniach. U 50% szczepionych naciek podskórny 3×3 cm, który znika po 6—10 dniach. Samopoczucie dobre. U 163 dzieci szczepionych zbadano mocz, u 4 wystąpił przemijający ślad białka.

Osobna grupa, składająca się z 40 dzieci, otrzymała trzecią dawkę szczepionki z innej serii, w której ilość toksyny w 1 cm^3 była większa i wynosiła 10.000 dawek skórnych. Szczepionki tej użyto dlatego, że już dzieci z tej grupy otrzymały dwie dawki uprzednio, więc nie obawiano się złych następstw zwiększenia ilości toksyny, a przez zwiększenie dawki toksyny spodziewano się lepszego wyniku uodporniania. W mniej więcej 2 godziny po szczepieniu wystąpiły u 21 dzieci takie objawy, jak wymioty, sinica, słabo napięte i częste tętno, zimne kończyny. Objawy te, o różnym nasileniu, (stan cięższy wystąpił tylko u 6 dzieci), ustąpiły po zastrzyku kofeiny z adrenaliną. W ciągu następnych godzin ciepłota podniosła się u tych dzieci do 39—40°. Na drugi dzień stan ogólny dzieci zadawalniający. U 11 pojawiła się wysypka o charakterze wysypki szkarlatynowej.

Streszczenie:

1. Na 161 dzieci w Zakładzie zamkniętym zachorowało na płonicę wśród nie szczepionych 44, tj. 27%. Wśród dzieci szczepionych uprzednio trzykrotnie kombinacją nowej szczepionki błoniczo-płoniczej w ilości 61, zachorowało tylko troje, i to z tej grupy (11 dzieci), u której odczyn dodatni Dicków nie zmienił się na ujemny pod wpływem szczepień.

2. Wpływ szczepień ochronnych nową szczepionką błoniczo-płoniczą na zapadalność jest wybitny (zapadalność szczepionych skutecznie wynosi 0).

3. Za pomocą trzykrotnego szczepienia (0,5—0,5—1,0 cm^3) nową szczepionką błoniczo-płoniczą dało się uzyskać zmianę odczynu Dicków z dodatniego na ujemny w wysokim procencie (od 72—92%), zależnie od wieku (tablica I).

4. Zwiększenie dawki toksyny przy trzecim szczepieniu u 40 dzieci wywołało u przeszło 50% szczepionych objawy anafilaktyczne. Wskazuje to na konieczność bardzo ostrożnego dawkowania toksyny w szczepionce i skrócenia odstępu między szczepieniami.

Wnioski:

1. Nowa szczepionka błoniczo-płonicza może być używana do szczepień ochronnych z dobrym skutkiem.

2. Ilość toksyny płoniczej w 1 cm^3 nie powinna być większa niż 5.000 D. S.

3. Zwiększenie ilości toksyny może spowodować przy trzecim szczepieniu objawy niepożądane.

4. Ze względu na łatwe przekroczenie górnej granicy dawki szczepiennej toksyny, jako głównego składnika szczepionki, jest wskazane, by toksyna, używana do szczepionki, była dokładnie miareczkowana.

Uwaga:

Chcielibyśmy zwrócić jeszcze uwagę na jeden czynnik, który nie wiąże się bezpośrednio z naszym komunikatem, odgrywa jednak bardzo dużą rolę przy szczepieniach szkarlatynowych. Jeśli szczepienia przeciwpłonicze odbywają się w czasie epidemii, to należy liczyć się z dużą liczbą nosicieli, bądź to zdrowych, bądź to chorych, w okresie wylęgania. Otóż przy masowych szczepieniach paciorkowce szkarlatynowe mogą z łatwością dostać się na skórę, a w czasie zabiegu pod skórę i wywołać ropnie miejscowe lub nawet ogólne zakażenia śmiertelne.

Dlatego należy unikać większych skupień u dzieci do szczepień przy epidemii szkarlatyny, a przy przeprowadzaniu szczepień zwracać szczególną uwagę na odkażenie skóry szczepionych i instrumentów.

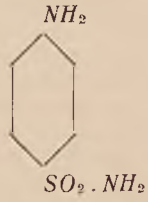
Płk. Dr Teofil KUCHARSKI, Doc. Uniw. Poznańsk. Poznań.

Lecznicze działanie związków chemicznych zawierających grupę paraaminobenzenosulfamidową.

III. Antystreptyna.

(Praca wykonana w Szpitalu wojskowym w Poznaniu).

Trzeci i ostatni związek chemiczny, z grupy przeze mnie omawianej, stanowi antystreptyna (antistreptin), wyrabiana przez firmę „Geo" w Warszawie. Jej wzór chemiczny jest następujący:



Jest to grupa paraaminobenzenosulfamidowa, występująca jako ciało samodzielne, nie związaną z żadnym innym związkiem. Według wspomnianych już badań Fourneau, i jego szkoły, stanowi ona istotną część składową prontosilu, septazyny itp. związków. Przedstawia się jako proszek krystaliczny, biały, bez smaku i zapachu, w wodzie trudno rozpuszczalny. Podana zwierzęciu w dawce 1 g na 1 kg wagi nie wywołuje objawów trujących; dawka trująca nie ustalona, co wobec stosunkowo nie wysokiej dawki leczniczej nie przedstawia praktycznego znaczenia.

Wypróbowałem jej działanie lecznicze w 134 przypadkach chorobowych, których zestawienie przedstawione jest na załączonej tablicy. Prawie wszystkie przypadki były leczone tabletkami, część chorych otrzymywała także czopki.

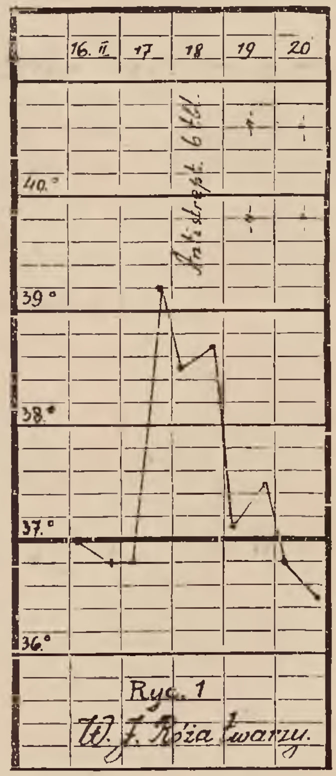
Nazwa jednostki chorobowej	Ilość przypadków	Wyleczeni	Poprawa	Bez wpływu	Zgon
Erysipelas	23	23	—	—	—
Scarlatina	7	7	—	—	—
Angina tonsillaris	13	13	—	—	—
Sepsis	3	1	—	—	2
Otitis media acuta	10	—	10	—	—
Otitis media chr.	2	—	—	2	—
Pansinuitis nasalis ac.	3	—	3	—	—
Phlegmone	5	—	5	—	—
Furunculosis	14	9	—	5	—
Acne vulgaris	3	3	—	—	—
Grypa	5	—	5	—	—
Bronchopneumonia	2	2	—	—	—
Pneumonia croup.	13	5	8	—	—
Pyelitis gravid.	3	3	—	—	—
Pyelitis adult.	9	8	—	1	—
Meningitis cerebrosp. aseptica	1	—	1	—	—
Cholecystitis acuta	1	—	—	—	—
Polyarthr. rheumat. ac.	2	—	—	2	—
Periostitis mandib. ac.	2	—	2	—	—
Iritis acuta	2	—	2	—	—
Typhus abdom.	1	—	—	1	—
Gonorrhoe uret. ac.	3	—	—	3	—
Pleuritis exs. specif.	3	—	—	3	—
Profilaktycznie	4	—	4	—	—
	134	74	40	17	2

Przechodzę do omówienia poszczególnych jednostek chorobowysh, umieszczonych na tablicy:

Erysipelas. Zestawienie obejmuje 4 przypadki róży kończyn, 3 przypadki róży tułowia i 16 przypadków róży twarzy. We wszystkich przypadkach wynik leczenia był pomyślny. Czas trwania gorączki, liczony od początku choroby, wynosił od 2 do 7 dni, przeciętnie 3—4 dni. Najkrótszy okres gorączkowy wykazywali chorzy, u których róża wystąpiła w szpitalu i u których natychmiast rozpoczęto leczenie antystreptyną. Chorzy otrzymywali aż do spadku gorączki po 6 pastylek antystreptyny dziennie, biorąc 3 razy dziennie po 2 pastylki, popijając herbatą z dużą ilością soku cytrynowego; przez następne 4—7 dni otrzymywali po 4, 3 lub 2 pastylki dziennie. Przeważnie już w okresie gorączkowym, rzadziej w pierwszym lub drugim dniu po spadku gorączki, stwierdzało się zatrzymanie postępu obrzmienia i zaczerwienienia skóry; z chwilą spadku gorączki objawy zapalne skóry szybko ustępowały.

Dla zadokumentowania korzystnego działania antystreptyny, przytoczę wyciąg z jednej historii choroby:

Szereg. J. W., lat 22, leczony w szpitalu z powodu ostrego zapalenia ucha środkowego, nagle, dnia 17 lutego 1937 r. dostał wysokiej gorączki. Dnia 18 rozpoznaje się różę twarzy, tego samego dnia chory otrzymał 6 tabletek antystreptyny, ciepłota na drugi dzień rano 37°, wieczór 37,5°, w następne dni prawidłowa. Dnia 19 lutego stwierdza się, mimo spadku gorączki, rozszerzenie się stanu zapalnego skóry; od dnia 20 objawy zapalne szybko ustępują, a dnia 25 stwierdza się już tylko lekkie łuszczenie skóry. Dnia 17, 18, 19 i 20 chory otrzymał po 6 ta-



bletek antystreptyny, przez następne 4 dni po trzy tabletki. Opisany przypadek jest jednym z licznych przykładów, że działanie antystreptyny jest tym skuteczniejsze, im wcześniej ją podamy.

Scarlatina. Spośród 7 przypadków leczonych antystreptyną okres gorączkowy skończył się u 2 chorych po 4 dniach, u 2 po 5, u 2 po 6, u 1 po 9 dniach. Do okresu gorączkowego zaliczam i dnie stanów podgorączkowych, dołączające się w przebiegu płonicy bardzo często do okresu gorączkowego. Chorzy otrzymywali przez okres gorączkowy po 6 pastylek, przez następne 7 dni po 4 lub 3 pastylki dziennie. U żadnego z naszych chorych nie wystąpiły powikłania w okresie zdrowienia, objawy zaś chorobowe podmiotowe i przedmiotowe z zakresu zwłaszcza narządu krążenia i systemu nerwowego w okresie gorączkowym wykazywały przebieg łagodny. Antystreptyna, podobnie jak inne ciała z tej grupy, nie skraca okresu gorączkowego płonicy; korzystne jej działanie nie da się zaprzeczyć i wyraża się w łagodzeniu objawów chorobowych i zapobieganiu powikłaniom.

Angina tonsillaris. Przypadki leczone antystreptyną szybko ulegały poprawie, okres gorączkowy trwał u 9 chorych 2 lub 3 dni, u 2 chorych 4 dni; u 2, u których leczenie antystreptyną rozpoczęto dopiero trzeciego dnia, okres gorączkowy trwał 6 i 9 dni. Równolegle ze spadkiem gorączki ustępowały również objawy zapalne gardła. W żadnym przypadku nie stwierdzono powikłań. Chorzy otrzymywali w okresie gorączkowym po 6 pastylek, w następnych czterech dniach po 3 pastylki antystreptyny dziennie. Poza tym stosowano płukanie gardła i okłady wysychające.

Sepsis. Antystreptyną leczono 3 przypadki. Dwu chorych zmarło w 7 dniu pobytu w szpitalu, trzeci chory wyzdrowiał po miesiącu ciężkiej choroby. Przypadek, szczęśliwie zakończony, dotyczył chorego R. J., lat 28, u którego w następstwie czyraka na wardze górnej rozwinęła się ropowica prawej połowy twarzy i zakażenie ogólne. Z krwi wyhodowano gronkowca złocistego. W przebiegu choroby wywiązał się przerzut w częściach miękkich lewego uda, tuż poniżej więzadła Pouparta, który uległ wessaniu bez wytworzenia się ropnia. W końcowym okresie choroby dołączyło się płatowe zapalenie płuca prawego. Chory otrzymywał stale po 6 pastylek antystreptyny dziennie, poza tym stosowano miejscowe okłady wilgotne, okłady z szarą maścią lub antyflogistyną, trzykrotnie przystawiano na prawą połowę twarzy, dotkniętą ropowicą, po 4—5 pijawek z dobrym bezpośrednim skutkiem, przez pewien okres stosowano dożylnie urotropinę, narząd krążenia wzmacniano dożylnymi wstrzykiwaniami glukozy i strofantyny. W tych warunkach trudno mówić, jak dalece antystreptyna działała korzystnie na przebieg choroby, długotrwałość cierpienia nie świadczy o wybitnym leczniczym wpływie antystreptyny. Niemniej odnoszę wrażenie, że w danym przypadku wyleczenie w dużej mierze należy przypisać użyciu antystreptyny, zwłaszcza, że w tym samym czasie dwa inne przypadki zupełnie analogiczne posocznicy, mającej swój początek w czyraku, nie leczone antystreptyną, zakończyły się zejściem śmiertelnym w pierwszym tygodniu choroby. Jeżeli nawet przyznamy w trzecim przypadku związek między wyleczeniem a stosowaniem antystreptyny, to jednak dwa przypadki posocznicy, leczone antystreptyną i zakończone śmiercią, każą nam wnioskować, że antystreptyna, podobnie jak inne pokrewne środki, jest mało skutecznym lekiem w zwalczaniu rozwiniętej posocznicy. Próbę wyjaśnienia takiego stanu rzeczy podam w części IV, przy omawianiu ogólnych wniosków.

Otitis media acuta. Leczono antystreptyną 10 przypadków, w tym dwa przypadki powikłane ostrym zapaleniem wyrostka sutkowego. Wszystkie przypadki uległy szybkiej poprawie, czas od wystąpienia ostrych objawów aż do ustania wycieku z ucha, wynosił od 8 do 14 dni. We wszystkich przypadkach odpływ ropy był umożliwiony albo przez samoistne przebicie błony bębenkowej albo przez paracentezę. W okresie ostrych objawów podawano po 6 pastylek antystreptyny dziennie, po ustaniu objawów ostrych jeszcze przez 4—6 dni po 4 pastylki. Jako zasadniczą pomoc leczniczą uważam ułatwienie odpływu ropy, rola antystreptyny polega na skróceniu czasu leczenia, złagodzeniu ostrych objawów i zapobieganiu czy leczeniu powikłań. Dwa przypadki, od początku leczenia wykazujące powikłanie ostrym zapaleniem wyrostka sutkowego,wyleczyły się bez uciekania się do zabiegu operacyjnego. Przytoczę wyciąg z historii choroby jednego przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego, powikłanego ostrym zapaleniem wyrostka sutkowego.

U strzelca M. R., lat 21, stwierdza się dnia 22 marca ostre zapalenie ucha środkowego prawego, powikłane ostrym zapaleniem wyrostka sutkowego; z ucha dobywa się dość obficie wydzielina ropna, ciepłota 39,3°. Badanie bakteriologiczne wykazało w ropie obecność paciorkowca hemolitycznego. Podano po 6 pastylek antystreptyny dziennie. Po 4 dniach stany wysokogorączkowe ustąpiły stanom podgorączkowym, wydzielina z ucha skąpa, bolesność wyrostka sutkowego lekko zaznaczona, stan ogólny wyraźnie lepszy; po dalszych 8 dniach ciepłota prawidłowa, wyciek z ucha ustał, wyrostek sutkowy niebolesny. Ordynator chorego, specjalista chorób uszu, *mjr. dr J. Małuj*, wyraził się o tym przypadku następująco: jeżeli w tym, tak ciężkim przypadku ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego nie doszło do wydłutowania wyrostka sutkowego, to należy to przypisać wyłącznie leczniczemu działaniu antystreptyny.

Otitis media chronica. W obu przypadkach antystreptyna dała wynik ujemny.

Pansinuitis nasalis acuta. W trzech przypadkach ostrego zapalenia jam bocznych nosa istota leczenia polegała na zabiegach chirurgicznych, ułatwiających odpływ ropy; podawanie antystreptyny spowodowało łagodniejszy i szybszy przebieg cierpienia.

Laryngitis submuc. acuta. W jednym przypadku ostrego podśluzowego zapalenia, rozszerzającego się z nagłośni na całą krtań, po czterodniowym podawaniu po 6 tabletek antystreptyny zniknęły w zupełności ciężkie objawy zapalne.

Phlegmone. Podana w 5 przypadkach antystreptyna wpłynęła korzystnie na przebieg i zejście cierpienia. Antystreptyna wstrzymuje szerzenie się sprawy zapalnej, a nawet zmniejsza jej obszar, obniża gorączkę i oddziałuje dodatnio na stan ogólny i samopoczucie chorego, zapobiega powikłaniom. Nie wyklucza jednak leczenia chirurgicznego. Z chwilą pojawienia się chełbotania, należy ropę usunąć w ten czy inny sposób.

Furunculosis. W 9 przypadkach czyraczności podanie antystreptyny (6 tabletek dziennie), doprowadziło do szybkiego wyleczenia. Jako przykład dobrego wyniku stosowania antystreptyny przytoczę wyciąg z historii choroby strzelca J. N.:

Chory, lat 22, przybył do szpitala dnia 20 stycznia 1937. Na skórze barku lewego czyrak wielkości 50-groszówki, dojrzały, z krostką na szczycie. Na skórze całego wzgórka łonowego i krocza liczne żywo czerwone, twarde nacieki, stożkowate, zlewające się ze sobą, bolesne, w środku których widoczne są gdzieniegdzie sterczące włosy. Skóra w otoczeniu okrzękła, gruczoły pachwinowe obrzękłe, bolesne. Na zewnętrznej stronie uda prawego, tuż poniżej pachwiny, duży, bolesny czyrak. Ciepłota 38,4°. Z posiewu ropy wyhodowano gronkowca białego.

Dnia 21 i 22 podano po 8 pastylek antystreptyny, od dnia 23 do 31 po 6 pastylek. Ciepłota ciała podniosła się dnia 22 do 39,4° i następnie obniżała się stopniowo z każdym dniem i w dniu 27 osiągnęła poziom normalny. Równolegle ze spadkiem ustępowały objawy zapalne, czyraki oczyściły się z ropy, nacieki uległy wessaniu. Dnia 9 lutego chory opuścił szpital jako wyleczony.

Obok 9 wyleczonych przypadków czyraczności notuję w swej statystyce 5 przypadków, u których leczenie antystreptyną nie dało pomyślnego wyniku. Nie tak, jak w poprzedniej grupie, 9 przypadków czyraczności, występującej jako samoistna jednostka chorobowa, grupa przypadków czyraczności nie poddających się leczeniu antystreptyną obejmuje chorych wyniszczonych inną chorobą, u których w okresie przedłużania się choroby zasadniczej zjawiła się czyraczność jako powikłanie. Cechą czyraczności u tych chorych były słabo zaznaczone objawy zapalne. Spośród tych chorych trzech było leczonych antystreptyną z powodu swej zasadniczej choroby. Brak korzystnego wpływu antystreptyny u tej grupy chorych tłumaczę obniżoną odpornością ustroju.

Acne vulgaris. W trzech przypadkach trądzika u chorych leczonych antystreptyną, z powodu zapalenia miedniczek nerkowych, ustąpiły w czasie leczenia ostre objawy trądzika.

Grypa. Na przebieg 5 przypadków grypy podawanie antystreptyny nie miało wyraźnego wpływu, w żadnym jednak przypadku, aczkolwiek wszystkie należały do ciężkich, nie wystąpiły powikłania.

Bronchopneumonia gripposa. Oba przypadki należały do rzędu ciężkich form zapalenia płuc odoskrzelowego. Ciężki stan ogólny, dreszcze, gorączka o typie zwalniającym, plwocina ropna, obecność w plwocinie paciorkowca hemolitycznego, kazały przypuszczać obecność drobnych ropni w płucach. Leczenie antystreptyną doprowadziło do ustąpienia ostrych objawów w ciągu 9—11 dni.

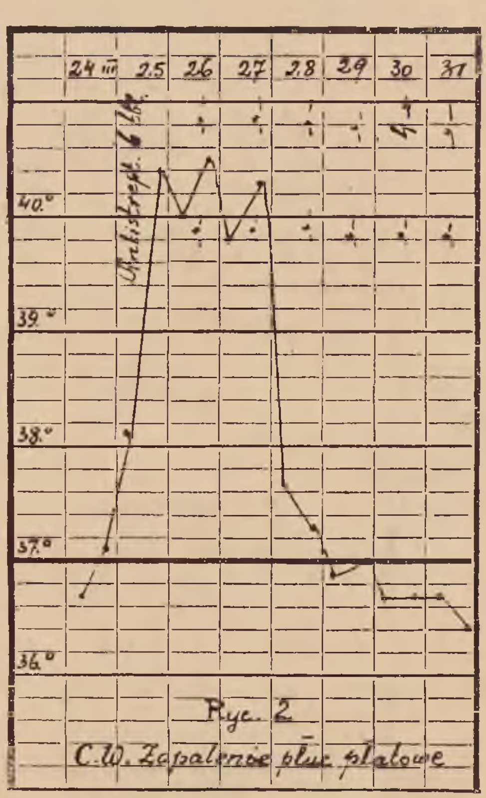
Pneumonia crouposa. 13 przypadków zapalenia płuc płatowego wyraźnie dzieli się, zależnie od wyniku leczenia, na dwie grupy: chorych, którzy przybyli do szpitala w 4—5 dniu choroby i na chorych przybywających do szpitala w pierwszym lub drugim dniu choroby. Pierwsza grupa obejmuje 8 przypadków, okres gorączki w tej grupie wynosi 7—11 dni i nie różni się od przeciętnego czasu trwania gorączki w tym cierpieniu, w drugiej grupie, obejmującej 5 przypadków, okres gorączkowy jest wyraźnie skrócony i trwa u 2 chorych 4 dni, u 2 — 5 dni, u jednego 7 dni.

W plwocinie wszystkich 13 przypadków stwierdzono obecność pneumokoków. Zmiany anatomopatologiczne w płucach rozwijają się mimo skrócenia okresu gorączki w drugiej grupie typowo dla przebiegu zapalenia płuc płatowego, pojedyncze okresy zmian są tylko skrócone. Poza tym antystreptyna w obu grupach wpływała korzystnie na stan ogólny, samopoczucie chorych i miała jeszcze ten dodatni skutek, że w żadnym z 13 przypadków nie wystąpiły powikłania.

Ze spostrzeżeń moich wynika, że antystreptyna podana w pierwszym lub drugim dniu zapalenia płuc płatowego, skraca okres gorączkowy w sposób bardzo wyraźny i wpływa korzystnie na przebieg samego zapalenia, podana w okresie rozwoju zapalenia, nie ma wyraźnego wpływu na okres trwania gorączki, łagodzi objawy chorobowe i zapobiega powikłaniom.

Pyelitis gravidarum. Leczono antystreptyną trzy ciężarne, u których leczenie innymi sposobami nie doprowadziło do pożądanego wyniku. We wszystkich trzech przypadkach nastąpiło wyleczenie po 5—7 dniach. W moczu wszystkich trzech chorych stwierdzono, na początku leczenia, obecność pałeczki okrężnicy.

Pyelitis adultorum. Leczono antystreptyną 9 przypadków zapalenia miedniczek nerkowych u dorosłych. Jako przyczynę zapalenia stwierdzono pałeczkę okrężnicy w 7 przypadkach, w jednym przypadku gronkowiec złocisty, w jednym ziarniaki bliżej nie określone. W 8 przypadkach wynik leczenia był dodatni, przy czym wyleczenie następowało przeważnie w 4—6 dni, rzadziej (w 3 przypadkach) później, po 7, 8 i 10 dniach;



w jednym przypadku wynik leczenia był ujemny. Jako przykład dobrego działania antystreptyny podam wyciąg historii choroby M. J.

Chora M. J., lat 32, przybyła do szpitala dnia 29 stycznia, stwierdzono zapalenie miedniczek nerkowych, w osadzie moczu 500—800 leukocytów w polu widzenia. Leczono do dnia 15 lutego zakwaszaniem na przemian z alkalizowaniem, salolem, urotropiną, cylotropiną, bezskutecznie. Dnia 16 lutego w osadzie 350—400 leukocytów, podano 6 pastylek antystreptyny; dnia 18 lutego stwierdza się w osadzie moczu 20—30 leukocytów w polu widzenia, następnego dnia 10—20; dnia 20 osad moczu wykazuje kilka leukocytów w polu widzenia.

Przypadek, w którym wynik leczenia antystreptyną nie dał wyniku pomyślnego, dotyczył wyniszczonego mężczyzny, u którego przyczyną ropomoczu było rozpoczynające się roponercze na tle kamicy.

Gonorrhoe uret. ac. W trzech przypadkach ostrej rzeżączki zastosowano energiczne leczenie antystreptyną przez 5 dni, wynik leczenia ujemny.

Różne jednostki chorobowe. Brak działania leczniczego antystreptyny stwierdziłem w trzech przypadkach samoistnego surowiczego zapalenia opłucnej, w dwóch przypadkach gośćca wielostawowego, w jednym przypadku duru brzusznego, korzystne działanie stwierdziłem w jednym przypadku ostrego zapalenia woreczka żółciowego, w dwóch przypadkach zapalenia okostnej szczęki dolnej, w jednym przypadku zapalenia opon mózgowych „aseptycznego", w dwóch przypadkach ostrego zapalenia tęczówki. W przypadkach zapalenia tęczówki przyczyną cierpienia, zdaniem okulisty dra Waligórskiego, były zepsute zęby, które polecił usunąć. Obok leczenia miejscowego chorej tęczówki, zastosowano na wewnątrz pastylki antystreptyny. Zdaniem specjalisty, podanie antystreptyny przyczyniło się do skrócenia i złagodzenia przebiegu cierpienia. Zastosowano także czterokrotnie antystreptynę zapobiegawczo, w jednym przypadku kopnięcia przez konia w tchawicę i w trzech przypadkach położniczych, w których wykonano kilka zabiegów wewnątrzpochwowych i macicznych. We wszystkich 4 przypadkach przebieg zdrowienia bezgorączkowy.

Z zestawienia i analizy przypadków leczonych antystreptyną wynika, że ciało to działa leczniczo na równi z omawianymi już

związkami — prontosilem i septazyną. Z tych trzech związków chemicznych antystreptyna jest ciałem najprostszym i jest tylko pojedynczym związkiem paraaminobenzenosulfamidowym, nie złączonym z innym pierścieniem chemicznym benzenowym. Fakt, że antystreptyna ma równe lecznicze działanie z prontosilem i septazyną, stanowi bezpośredni dowód, że zgodnie z poglądami Fourneau i jego szkoły, czynnym leczniczo składnikiem prontosilu i podobnych środków jest paraaminobenzenosulfamid, czyli według nomenklatury wytwarzającej fabryki, antystreptyna. Jako ciało bezbarwne ma antystreptyna praktycznie wyższość nad ciałem barwnym, jakim jest prontosil. Antystreptyna wytwarzana jest pod postacią pastylek zawierających 0.3 g czynnego ciała. Ostatnio oddały mi cenne usługi, wytwarzane przez firmę „Geo" czopki, zawierające po 0.3 g antystreptyny. Stosuję antystreptynę w ilości 6 pastylek dziennie, podając 3 razy po 2 pastylki i polecając popić herbatą z sokiem cytrynowym. Podaję 6 pastylek już w pierwszy dzień bez względu na to, czy chory przybywa rano lub po południu. W szczególnie ciężkich przypadkach podaję w pierwszych dwóch dniach po 8 pastylek.

Z chwilą ustąpienia ostrych objawów chorobowych podaję jeszcze po 4, 3 lub 2 pastylki dziennie przez 4—14 dni i nieraz jeszcze dłużej, zależnie od długości trwania objawów choroby, istnienia stanów podgorączkowych, złagodzonych objawów choroby i skłonności danego cierpienia do powikłań. To przedłużone podawanie chroni chorego od nawrotów choroby i powikłań, o czym niestety bardzo często mogłem się przekonać, kiedy z różnych przyczyn za wcześnie zaprzestano podawać antystreptynę.

Przy zaleconych dawkach antystreptyna nie powoduje poważniejszych zaburzeń toksycznych. Niekiedy wywołuje nudności i wymioty, najczęściej u osób wyniszczonych lub skłonnych do wymiotów z natury swego cierpienia. W tych przypadkach należy zmniejszyć dawkę doustną np. do 4 pastylek i podać dwa czopki lub ograniczyć się na 24 godziny tylko do czopków. W przypadkach absolutnej nietolerancji na doustne podawanie, podajemy tylko czopki, licząc się z tym, że podana w ten sposób ilość antystreptyny jest nie wystarczająca. Również w przypadkach rzadko spotykanej indywidualnej nietolerancji na antystreptynę podawaną doustnie, uciekać się należy do czopków. W dawkach opisanych można podawać antystreptynę przez szereg dni i tygodni bez obawy zatrucia, u żadnego ze 134 chorych leczonych antystreptyną nie stwierdziłem przy podawaniu 6 pastylek antystreptyny, nieraz przez szereg tygodni, poza opisanymi objawami ze strony żołądka, żadnych objawów zatrucia ze strony jakiegokolwiek innego narządu. Przy podniesieniu dawki powyżej 6 pastylek dziennie — stwierdziłem w jednym przypadku przy podaniu 8 pastylek dziennie, w dwóch po podaniu 10 pastylek dziennie po trzech dniach, obok nudności, wymiotów, rozwolnień, także bóle głowy, pieczenie w cewce moczowej i aseptyczny wyciek ropny z cewki moczowej. Objawy te ustąpiły po zredukowaniu dawki do 6 pastylek dziennie.

Wynik leczniczy antystreptyny zależy od podania leku we wczesnym okresie choroby, od zastosowania odpowiednich dawek i od przedłużenia podawania jej jeszcze po ustaniu ostrych objawów choroby. W razie niedopełnienia tych warunków, z których najbardziej chciałbym podkreślić warunek podania antystreptyny w samym początku choroby, wynik leczniczy antystreptyny może być ujemny lub niepełnowartościowy.

Mechanizm działania leczniczego antystreptyny, podobnie jak innych środków leczniczych z tej grupy, polega — moim zdaniem — na osłabieniu żywotności bakterii, a tym samym na ułatwieniu siłom obronnym ustroju walki z nimi. Osłabienie bakterii, wywołane tymi środkami, jest jednak niezbyt silne i stąd wynika, że główne zadanie zwalczenia zakażenia pozostawione jest w udziale siłom obronnym zakażonego ustroju.

Streszczam swe spostrzeżenia w następujących wnioskach: antystreptyna podana pod postacią pastylek lub czopków jest wybitnie skutecznym lekiem w leczeniu róży, niepowikłanego innym cierpieniem zapalenia miedniczek nerkowych, ostrego zapalenia gardła, ostrego podśluzowego zapalenia krtani, płonicy, czyraczności, grypowego, odoskrzelowego zapalenia płuc, zapalenia płuc płatowego; lekiem skutecznym, pomocniczym dla leczenia chirurgicznego ostrego zapalenia ucha środkowego, wyrostka sutkowego, jam bocznych nosa, okostnej szczęk, ropowic i ropni; mało skutecznym w leczeniu posocznicy; nieskutecznym środkiem w leczeniu samoistnego surowiczego zapalenia opłucnej, gośćca wielostawowego, rzeżączki cewki moczowej, grypy, przy czym w grypie wskazane jest mimo to podawanie antystreptyny ze względu na jej chroniące działanie przed powikłaniami.

Dla ustalenia innych wskazań i przeciwwskazań potrzebne są dalsze badania.

IV.

Ogólne wnioski.

Porównując między sobą zestawienia i analizę przypadków leczonych, czy to prontosilem, czy septazyną, czy antystreptyną, dochodzę do wniosku, że zakres, sposób i skuteczność działania tych środków, dawkowanie i objawy toksyczne przez nie wywoływane, są niemal identyczne. Zależy to niewątpliwie od wspólnego wszystkim ciałom pierścienia paraaminobenzenosulfamidowego, który stanowi antystreptynę, a w prontosilu i septazynie związany jest jeszcze z drugim pierścieniem benzenowym, różnym w każdym z tych związków.

Wskazania do stosowania związków paraaminobenzenosulfoamidowych stanowią przede wszystkim *ostre* sprawy chorobowe, wywołane przez paciorkowce, gronkowce, pneumokoki. Odrębne miejsce zajmują zapalenia miedniczek nerkowych, które o ile nie są powikłane jakimś cierpieniem podtrzymującym ich trwanie np. kamicą, zwężeniem, zagięciem moczowodów itd., poddają się leczeniu także w okresie podostrym i przewlekłym i bez względu na to, jaki drobnoustrój jest ich przyczyną. Z tego spostrzeżenia i innych badań, które będą ogłoszone, wynika, że środki te działają nie tylko na paciorkowce, gronkowce i pneumokoki, ale i na cały szereg innych bakterii chorobotwórczych. W jakim stopniu można mówić w klinice o specyficznym działaniu na pewne gatunki bakterii, wyjaśnić to muszą jeszcze dalsze badania. Z moich prób leczenia kiły związkami paraaminobenzenosulfamidowymi wynika, że nie działają one na krętka bladego i przypuścić należy, że tak samo nie będą działać na inne zarazki pochodzenia zwierzęcego. Związki te działają na bakterie tkwiące w chorej, ale żywej, tkance. Działanie ich ustaje z chwilą i w miejscu wytworzenia się martwicy tkanki, ropnia, zakażonego skrzepu, które, stając się miejscem skupienia się lub rozwoju bakterii, mogą doprowadzić do stopniowego zatrucia i dalszego zakażenia ustroju. Mimo więc niewątpliwego faktu, że związki te działają leczniczo na chorą tkankę w okolicy martwych substancji, wynik leczenia może być ujemny, o ile nie usuniemy czy to zakażonej martwiczej tkanki, czy ropy, czy zakażonego skrzepu.

Powyższe tłumaczenie sposobu działania związków paraaminobenzenosulfamidowych, wyjaśnić może do pewnego stopnia małą na ogół skuteczność prontosilu, septazyny i antystreptyny w leczeniu posocznicy. Według mego zdania, moment stosowania przez nas związków paraaminobenzenosulfamidowych jest spóźniony. W chwili, gdy stawiamy rozpoznanie posocznicy, zarazki uzyskały wysoką zjadliwość, a przez usadowienie się w znekrotyzowanych tkankach stały się mało dostępne dla środków leczniczych, nie tracąc możliwości rozsiewania się i zatruwania ustroju jadami; związki paraaminobenzenosulfamidowe mogą atakować prawie wyłącznie zarazki krążące we krwi lub usadawiające się w zdrowych tkankach, co znowu jest ograniczone ze względu na zwiększoną zjadliwość i ilość zarazków jako też osłabioną przez jady odporność tkanek. Stąd wynika wskazanie stosowania związków tych wcześniej niż to dziś czynimy. Należy dążyć do zapobiegania powstaniu posocznicy przy pomocy jak najwcześniejszego stosowania związków paraaminobenzenosulfamidowych i tym samym nie dopuścić do rozwinięcia się posocznicy. Niewątpliwie zmniejszy się wprawdzie przez to statystyka posocznic wyleczonych przez związki paraaminobenzenosulfamidowe, bo nie dopuścimy do powstania posocznicy, ale zmniejszy się także statystyka ogólnej ilości posocznic.

Ze spostrzeżeń klinicznych wynika, że osłabienie bakterii przez te związki nie jest znaczne. Dlatego tak ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie ich podawania, gdy żywotność i ilość bakterii jest jeszcze stosunkowo niewielka, a siły ustroju nie wyczerpane. Drugim warunkiem skuteczności podawania związków paraaminobenzenosulfamidowych jest podawanie dostatecznie wysokiej dawki w okresie ostrych objawów, i trzecim, podawanie zmniejszonej dawki jeszcze po ustaniu ostrych objawów. Z opisu mechanizmu działania leczniczego tych związków wynika konieczność podtrzymywania sił ustroju wszelkimi dostępnymi nam środkami; w szczególności polecam po ustaniu ostrych objawów leczenie bodźcowe: bańki suche, autohemoterapię, zastrzyki małych dawek mleka, białka, szczepionek itd. Tam, gdzie zabieg chirurgiczny jest wskazany, nie należy zwlekać z jego wykonaniem.

Co do objawów toksycznych wywołanych przez omawiane związki, to sprawa objawów dostatecznie została omówiona w poprzednich rozdziałach. Chciałbym tylko dodać, że w jednym przypadku róży, leczonym septazyną, po napisaniu rozdziału o leczniczej wartości septazyny, stwierdziłem wieczorem po podaniu 8 pastylek septazyny lekkie zamroczenie chorego i wysypkę drobnoplamistą, zlewającą się, piekącą, po stronie

zewnętrznej kończyn górnych i dolnych i na tułowiu. Zmniejszono dawkę do 6 pastylek dziennie; na drugi dzień wysypka zbladła, w 2 dni później znikła. Podobne wysypki opisane są w sporadycznych przypadkach po leczeniu prontosilem, zależą więc najprawdopodobniej od wspólnej im grupy paraaminobenzenosulfamidowej. Poważniejsze objawy zatrucia, jak wyciek ropy z cewki moczowej, rozwolnienia, bóle głowy rozpoczynają się po podawaniu wysokich dawek paraaminobenzenosulfamidu a mianowicie 2,4 do 3 g dziennie — przez dłuższy okres, niż dwa dni. Dawka ta odpowiada 8—10 pastylkom antystreptyny lub septazyny lub 12—15 pastylkom prontosilu. Trzeba bowiem zaznaczyć, że w handlu znajdujące się pastylki antystreptyny i prontosilu są po 0,3 g, septazyny po 0,5 g. Ponieważ antystreptyna jest czystym związkiem paraaminobenzenosulfamidowym a prontosil i septazyna takimże związkiem połączonym z innym pierścieniem benzenowym, wartość lecznicza 0,3 g antystreptyny odpowiada mniej więcej wartości 0,5 g septazyny czy prontosilu. Tymczasem pastylki prontosilu zawierają tylko 0,3 g leku. Stąd wynika pewne błędne mniemanie o rzekomo mniejszej toksyczności prontosilu, ponieważ liczy się ilość użytych pastylek a nie bierze się pod uwagę wagi leku. Doświadczenie oparte o 302 przypadki, leczone prontosilem, septazyną lub antystreptyną, pozwala mi stwierdzić, że wartość lecznicza tych środków jest równorzędna; septazyna i antystreptyna mają nad prontosilem tę wyższość, że są bezbarwne a następnie i tę, że są lekami wytwarzanymi w kraju.

Na podstawie całokształtu mej pracy mogę stwierdzić, że w grupie związków paraaminobenzenosulfamidowych znaleźliśmy bardzo cenne leki w zwalczaniu zakażeń bakteryjnych. Prace Gleya i Girarda, ogłoszone w *La Presse Médicale*, nr 98, r. 1936, którzy w eksperymencie na zwierzętach zakażonych bakteriami ropotwórczymi stwierdzili większą skuteczność nowego środka z tej samej grupy w stosunku do dotychczas znanych, pozwalają mieć nadzieję, że chemia dostarczy nam może w niedługim czasie środków chemicznych jeszcze skuteczniejszych, niż opisane przeze mnie związki.

Piśmiennictwo:

1) E. Anselm: Dtsch. med. Wschr. Nr 7. Str. 264. 1935. — 2) K. Bingold: Münch. med. Wschr. Nr 22. Str. 871. 1935. — 3) Domagk Gerhard: Dtsch. med. Wschr. Nr 7. Str. 250. 1935. — 4) Domagk G.: Klin. Wschr. Nr 44. Str. 1585. 1936. — 5) Doerfler H.: Münch. med. Wschr. Nr 47. Str. 1913. 1926. — 6) Eisenberg F.: Centralbl. f. Bakter. T. 71. Nr 5—7. Str. 420. 1913. — 7) Fasal P.: Med. Klin. Nr 46. 1935. — 8) Fourneau E., Tréfouël J., Nitti F., Bovet D.: Cpts. ren. soc. biol. T. 122. Str. 258. 1936. — 9) Fuge K.: Dtsch. med. Wschr. Nr 42. Str. 1672. 1925. — 10) Gantenberg R. und B. Thiemme: Med. Welt. Nr 28. Str. 1009. 1935. — 11) Goissedet P., Despois R., Gailliot P., Mayer R.: Cpts. ren. soc. biol. T. 121. Str. 1082. 1936. — 12) Hörlein H.: Med. u. Chemie-Leverkursen, w tomie III. 1936. — 13) Huber H. G.: Münch. med. Wschr. Nr 49. Str. 2014. 1936. — 14) Imhäuser K.: Med. Klin. Nr 9. Str. 282. 1935. — 15) Klee Ph. und Römer H.: Dtsch. med. Wschr. Nr 7. Str. 253. 1935. — 16) Klose Georg: Dtsch. med. Wschr. Nr 22. Str. 898. 1926. — 17) Kramer W.: Münch. med. Wschr. Nr 15. Str. 608. 1936. — 18) Lampert J.: Zbl. Chir. Nr 50. Str. 2947. 1935. — 19) Levaditi C., Vaisman A.: La Presse Méd. Nr 103. Str. 2097. 1935. — 20) Ley L.: Münch. med. Wschr. Nr 27. Str. 1092. 1936. — 21) Meyer zu Hörste G.: Klin. Wschr. Nr 44. Str. 1602. 1936. — 22) Nitti F., Bovet D.: Cpts. ren. soc. biol. T. 119. Str. 1277. 1936. — 23) Pernice: Kinderärztl. Praxis. Z. 7. Str. 304. 1936. — 24) E. Püschel: Fortschr. d. Ther. Nr 2. Str. 96. 1935. — 25) Roth A.: Dtsch. med. Wschr. Nr 43. Str. 1734. 1935. — 26) Recknagel K.: Münch. med. Wschr. Nr 18. Str. 704. 1935. — 27) Scherber G.: Wien. med. Wschr. Nr 11, 13 i 14. 1935. — 28) Scherber G.: Wien. med. Wschr. Nr 1. Str. 22. 1936. — 29) Scheurer Otto: Med. Klin. Nr 22. Str. 739. 1936. — 30) Schmidt W.: Dtsch. med. Wschr. Nr 22. Str. 881. 1936. — 31) Schranz H.: Münch. med. Wschr. Nr 11. Str. 419. 1935. — 32) Schreus H. Th.: Dtsch. med. Wschr. Nr 7. Str. 255. 1935. — 33) Sigel Otto: Fortschr. d. Therap. Z. 4. Str. 229. 1936. — 34) Temming H.: Kinderärztl. Praxis. Nr 9. Str. 400. 1935. — 35) Tréfouël J., Nitti F., Bovet D.: Cpts. ren. soc. biol. T. 120. Str. 756. 1935. — 36) Berger E.: Klin. Wschr. Nr 2. Str. 53. 1937. — 37) Bloch-Michel H., Conte M., Durel F.: La Presse Médic. Nr 82. Str. 1583. 1936. — 38) Gley P., Girard A.: La Presse Médic. Nr 91. Str. 1775. 1936. — 39) Gley P., Girard A.: La Presse Médic. Nr 98. 1936.

Dr Jan SZUMSKI, Stały Sekr. Rady Naukowo-Lekarskiej przy Z. U. S. Warszawa.

Postulaty polskich ubezpieczeń społecznych, w związku z zamierzoną reformą studiów lekarskich.

Ubezpieczenia społeczne, które w obecnej strukturze społecznej stały się koniecznością życiową, niczym nie dającą się zastąpić, obejmują swoim zasięgiem całe Państwo i liczne rzesze pracowników fizycznych i umysłowych. I tak, w dziale ubezpieczeń na wypadek choroby otrzymuje świadczenia, przeważnie w naturze, wraz z rodzinami z górą 4 miliony osób; ubezpieczeniu emerytalnemu robotników podlega 1,400.561 osób, zaś pracowników umysłowych 300.398 osób; ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu podlega prawie 2 miliony pracowników. Obsługa lekarska tych wszystkich działów ubezpieczeń wymaga fachowej pracy tysięcy lekarzy. Na pracę tę składa się leczenie, zapobieganie i orzecznictwo. *Ubezpieczeni stanowią dzisiaj w Państwie, bez wątpienia, główny i najważniejszy kontyngent całej klienteli lekarskiej, jeśli się uwzględni, że według obliczeń Dra Babeckiego, zastępcy Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia M. O. S., zaledwie około 7 milionów ludności w Państwie przedstawia, pod względem leczenia i korzystania z urządzeń leczniczo-zapobiegawczych, element czynny.* Reszta, na którą składa się prawie wyłącznie ludność wiejska, jest całkowicie poza nawiasem wszelkich dobrodziejstw, jakie daje ludzkości wiedza i sztuka lekarska.

Z tym, nad wyraz przykrym, ale istotnym i specyficznie polskim stanem rzeczy, musi się liczyć każdy, kto przystępuje do analizy jakichkolwiek zagadnień z dziedziny służby zdrowia w Państwie.

W niektórych państwach zagadnienie powszechności służby zdrowia sprowadza się do zagadnienia powszechności ubezpieczenia w razie choroby, obejmującego bez wyjątku cały świat pracy. Taki stan rzeczy mamy np. w państwach skandynawskich, częściowo w Niemczech, gdzie wraz z rodzinami 35 milionów osób dostaje pomoc leczniczą z kas chorych, we Włoszech 19 milionów osób podlega opiece specjalnego ubezpieczenia przeciwko gruźlicy itp.

Za tak szybkim rozwojem różnych dziedzin ubezpieczeń społecznych, ochrony i higieny pracy zawodowej, musiała podążyć wiedza lekarska, dostosowując teoretyczne zdobycze pracowni i instytutów do nowych wymagań życia świata pracy. Powstają w wielu państwach nowe zakłady fizjologii i higieny pracy, kliniki traumatologiczne, kliniki chorób zawodowych, specjalne oddziały dla orzecznictwa ubezpieczonych.

Włochy, które posiadają najstarszą, bo sięgającą początków 18 wieku (sławny Ramazzini) tradycję, stworzyły specjalne kliniki pracy (Clinica del lavoro) w Rzymie, Neapolu i Mediolanie, w których szkolą się studenci medycyny i lekarze. Poza tym w licznych włoskich uniwersytetach odbywają się systematycznie specjalne wykłady z dziedziny medycyny pracy. Klinikę w Mediolanie stworzył jeszcze w 1910 roku sławny prof. Luigi Devoto, który całe swoje pracowite życie poświęcił medycynie społecznej; klinika ta stała się pierwowzorem podobnych organizacji na świecie. Zajmuje się ona badaniem wpływu pracy na organizm ludzki, przyczyn schorzeń i uszkodzeń zawodowych. Szkoła prof. Devoto wykształciła w ciągu lat 35 docentów, wyłącznie z zakresu medycyny pracy. Wykonano w niej i ogłoszono około 800 prac naukowych, które położyły w wysokim stopniu podwaliny pod te nowe dziedziny wiedzy lekarskiej. Przez ambulatoria kliniki przeszło około 46.000 a przez oddział szpitalny około 11.000 chorych. Skrzętnie i planowo gromadzone historie choroby, stanowią bezcenny materiał dla studiów.

Po 2-letnim studium w klinice pracy, otrzymuje lekarz włoski tytuł specjalisty w zakresie medycyny pracy.

W Niemczech istnieją, prócz licznych, specjalnych instytutów i zakładów, uniwersyteckie kliniki chorób zawodowych w Monachium i Berlinie. Czas specjalizacji lekarzy w dziedzinie chorób zawodowych i pokrewnych trwa tu, analogicznie jak we Włoszech, przez okres 2-letni.

W Rosji istnieją trzy duże instytuty medycyny pracy: w Moskwie, Leningradzie i Charkowie.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej — w Harvard Medical School w Bostonie, stworzono oddział higieny przemysłowej z dużymi instytutami badawczymi. Podobne studia istnieją też na innych uniwersytetach amerykańskich.

W Południowej Afryce istnieje sławny Instytut „South African Institute for Medical Research" w Johannesburgu, skąd wyszły, między innymi, klasyczne badania krzemicy płuc.

W Japonii istnieje w Kurashiki Instytut dla badania zagadnień pracy (fizjologia, patologia).

Na konferencji w Lyonie w 1929 r. nazwa „Medycyna pracy" dostaje międzynarodowe prawo obywatelstwa. Należą tu wszystkie zagadnienia biologiczne i lekarskie, jakie łączą się z wykonywaniem pracy zawodowej. Istnieje zatem ścisła łączność tej dziedziny wiedzy z wszystkimi działami pracy lekarskiej: z fizjologią, patologią, toksykologią, kliniką i higieną. Z drugiej zaś strony ścisły i nierozłączny związek z technologią, socjologią i polityką społeczną daje bardzo szerokie podstawy studiów lekarskich.

Na rozbudowaną już dzisiaj potężnie medycynę pracy składają się działy takie, jak:

1) fizjologia pracy, ogólna patologia i higienia zawodowa;

2) choroby i uszkodzenia zawodowe;

3) orzecznictwo lekarskie itp.

Do tych rozlicznych dziedzin medycyny pracy dołącza się wiedza o ubezpieczeniach społecznych w zakresie ich ustawodawstwa, organizacji i działalności:

1) ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych,

2) ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa,

3) ubezpieczenie pracowników umysłowych na wypadek bezrobocia i emerytalne,

4) ubezpieczenie emerytalne pracowników fizycznych.

We wszystkich tych działach ubezpieczeń musi lekarz posiąść znajomość zasad specjalnego lecznictwa, zapobiegania i orzecznictwa chorobowego, rentowego w razie wypadku i rentowego emerytalnego.

Konieczną jest wreszcie znajomość dokładna całokształtu zagadnienia leczniczego i społecznego gruźlicy, chorób wenerycznych i gośćca, jako najważniejszych chorób społecznych, których lecznictwo posiada zupełnie specjalne cechy, charakter i cel ogólnoludzki i państwowy.

W związku z rozwojem tych rozlicznych, wymienionych wyżej, dziedzin wiedzy, z każdym rokiem wyrastają dla zawodu lekarskiego nowe zadania i obowiązki, którym sprostać może już jedynie lekarz specjalnie fachowo przygotowany, posiadający przy tym istotne zrozumienie i wyczucie społeczne, które w sumie dać może właściwy zakres, poziom i duch studiów lekarskich.

Minęły już bezpowrotnie czasy, w których ideałem powszechnie panującym był typ lekarza, odciętego chińskim murem od świata otaczającego, przyjmującego chorych w swoim gabinecie prywatnym, w atmosferze klienteli krezusów finansowych. Dzisiaj lekarz musi iść ze swoim szczytnym posłannictwem w szary tłum, z ciasnego i ograniczonego w swoich możliwościach kręgu medycyny indywidualnej, torując nowe drogi medycyny społecznej i zapobiegawczej.

Brak znajomości teorii i praktyki ubezpieczeniowej oraz tych rozlicznych działów medycyny pracy, utrudnia obecnie w wysokim stopniu pracę lekarzowi w ubezpieczeniach, która wskutek tego nie rzadko schodzi na manowce szablonu i bezduszności. Lekarza jednak za ten stan rzeczy winić nie można.

Studia lekarskie, w większości uniwersytetów w Europie, obracają się jeszcze ciągle w ciasnym kręgu medycyny indywidualnej, nie idąc z postępem czasu i nie dostosowując programów i zakresu szkolenia lekarzy do nowych wymagań życia społeczeństw. Toteż od szeregu lat zaprząta umysły czynników uniwersyteckich zagadnienie reformy studiów lekarskich, które stało się również zagadnieniem międzynarodowym.

W Polsce jeszcze w wyższym stopniu, jak w krajach zachodniej Europy, czuje się potrzebę palącą tej reformy, w związku z dużym zubożeniem społeczeństwa i stałym przesuwaniem się punktu ciężkości lecznictwa z indywidualnego na zbiorowe, zorganizowane, gwarantujące pomoc leczniczą i najmniej zarabiającym, lub pozbawionym całkowicie pracy.

Prof. dr Michałowicz podał w Naczelnej Izbie Lekarskiej krótką syntezę, jak do swego zawodu powinien być przygotowany lekarz, co najbardziej odpowiada postulatom, wysuwanym przez Ubezp. Społ. i świat pracy. Mówi on, że dyplom lekarza powinien brzmieć: „Doktór medycyny indywidualnej i społecznej, zapobiegawczej i leczniczej".

Uważam jednak, i pragnę to z całym naciskiem podkreślić, że ani dodanie do programów nauczania nowych przedmiotów, ani nawet tworzenie nowych katedr i zakładów, nie da oczekiwanego i pożądanego efektu, o ile nie zmieni się zasadniczo i nie ujednostajni ogólnej doktryny i ducha nauczania i kształcenia zawodowego studentów medycyny.

Wzniosły cel społeczny musi być konsekwentną myślą przewodnią w każdej komórce pracy naukowej i klinicznej, jak to najlepiej określił dyrektor Państwowej Szkoły Higieny, docent dr Szulc: „nastawienie nauczania na interesy społeczne, a nie na praktykę prywatną".

Niezależnie od stworzenia specjalnej katedry, czy lektoratu medycyny społecznej, który by dawał pewną podstawową i ogólną encyklopedię wiedzy wszystkich warsztatów pracy w tym kierunku, — program pracy każdego instytutu i kliniki musi być przestrojony na ujmowanie wszystkich zagadnień biologiczno-lekarskich z punktu interesu życia zbiorowego, nie zasklepiając się prawie wyłącznie do obserwowania chorej jednostki.

Jestem przekonany, że wydziały lekarskie mogą tu bardzo dużo zrobić bez zbytniej zmiany programów studiów.

Wiedza lekarska jest wiedzą, w całym tego słowa znaczeniu, praktyczną i do praktyki życiowej musi być lekarz jak najlepiej przygotowany. Jest to ogólnym postulatem wszystkich czynników, które organizują i prowadzą masowe lecznictwo.

W związku z tym winna być stworzona celowa hierarchia tematów nauczania w każdej dziedzinie i w każdym warsztacie pracy studium lekarskiego. Z punktu widzenia interesu lecznictwa społecznego, zupełnie niecelowe będzie zbyt obszerne i szerokie omawianie i opracowywanie jakiegoś zagadnienia, z którym lekarz, w całej pracy zawodowej, prawie nigdy się nie spotka, z krzywdą dla wszelkich spraw i zagadnień z dziedziny zdrowia szerokich mas ludzkich, które będą jego chlebem powszednim. Opracowywanie każdego tematu zyska na wartości, jeśli w programie nauczania uwzględniać się będzie zawsze tło społeczne, środowisko, warsztat pracy itp.

O ile mi wiadomo, programy studiów na wydziałach lekarskich w Polsce, podobnie, jak i w większości państw za granicą, podkreślają i wyodrębniają, w zakresie omawianych postulatów, dwie główne dziedziny: higienę społeczną obok ogólnej, i medycynę społeczną — obok sądowej.

Nie wyczerpuje to całkowicie postulatów czynników społeczno-lekarskich, które chciałyby, by *w każdej komórce pracy lekarskiej,* gdzie się szkoli i wychowuje narybek lekarski, zyskały całkowite równouprawnienie z innymi dziedzinami różne zagadnienia z dziedzin medycyny społecznej, pracy i ubezpieczeń.

Wyobrażam więc sobie, że zakład fizjologii powinien zaznajomić studentów z zasadami fizjologii pracy, zakład patologii z patologią społeczną (pracy), zakład higieny z higieną pracy i społeczną, zakład farmakologii i toksykologii z toksykologią zatruć zawodowych.

W klinice chorób wewnętrznych musi zyskać prawo obywatelstwa zagadnienie chorób i zatruć zawodowych, a następnie szczególną opieką musi być otoczona dziedzina wszystkich chorób społecznych (głównie gruźlica, kiła, gościec) i w klinice chirurgicznej poczesne miejsce należy się — chirurgii wypadkowej i urazowej, oraz zapobieganiu kalectw; w klinice chorób wenerycznych i skórnych — zagadnienie zawodowych schorzeń i uszkodzeń skóry, a we wszystkich klinikach i praktycznych warsztatach pracy lekarskiej, wielka dziedzina orzecznictwa, rozbudowana w szeregu państw do dużej gałęzi wiedzy (w uniwersytetach niemieckich specjalne wykłady, prowadzone przy katedrach chirurgii i medycyny sądowej).

Biblioteki zakładowe i kliniczne winny się zapełnić klasycznymi dziełami i czasopismami z tych dziedzin, a lekarze, chcący się nimi specjalnie zajmować, winni otrzymywać pomoc materialną na studia za granicą.

W czasie studiów klinicznych student musi wprawiać się w masowej praktyce społecznej, tak przy łóżku chorego, jak i w ambulatorium, musi odwiedzać chorych w domu i poznać warsztaty ich pracy.

By ten postulat spełnić, student już w czasie swoich studiów uniwersyteckich musi iść w szary tłum, nauczyć się podpatrywać go i obserwować w domu i w warsztacie pracy, umieć z nim współżyć, poznać jego codzienne niedole i skargi. W ten sposób pracując, nauczy się myśleć społecznie, co wyciśnie piętno na całej jego późniejszej pracy lekarskiej.

Jak najbliższe kontakty klinik uniwersyteckich z wszelkiego rodzaju poradniami i ośrodkami zdrowia, częste zwiedzanie instytucji zapobiegawczych i typowych warsztatów pracy, umożliwią praktyczne wykonanie tego postulatu.

By zaś był istotny i realny pożytek z wprowadzenia do programu szkolenia nowych dziedzin, z zakresu medycyny społecznej (ubezpieczeniowej i pracy), sądzę, że należało by również wprowadzić obowiązek uczęszczania na wykłady i zajęcia praktyczne dla wszystkich studentów, jak również przymus egzaminów końcowych.

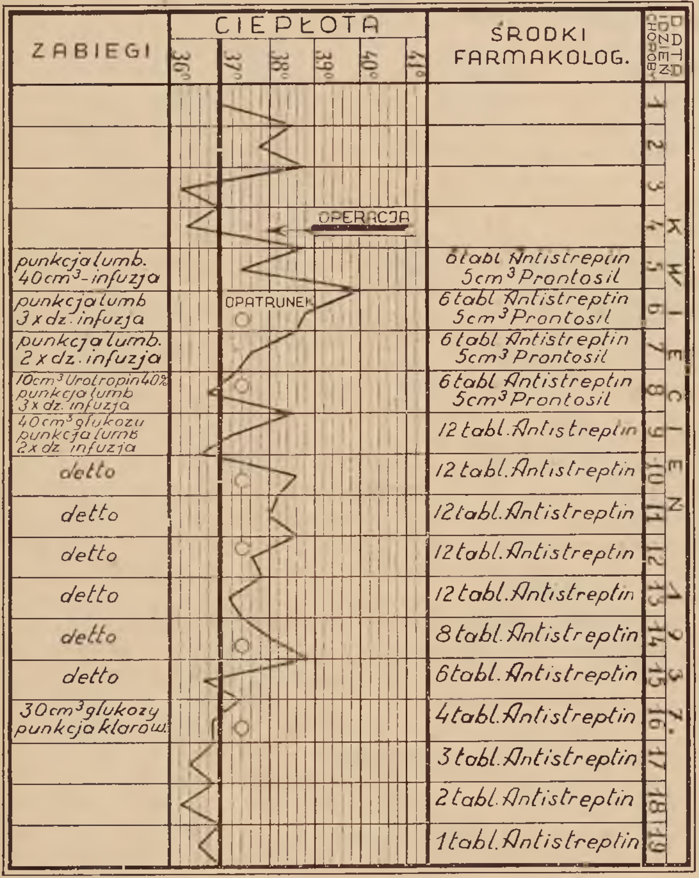
Dr Jan DANIELEWICZ, Asyst. Oddziału. Lwów.

O wartości leczniczej antystreptyny w przypadku ropnego paciorkowcowego rozlanego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.

Z Oddziału Oto-laryngolog. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr A. D o b r z a ń s k i.

Ropne paciorkowcowe rozlane zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego jest to schorzenie, w którym rokowanie stawiamy bardzo wątpliwe. Złe rokowanie stawiamy w tych przypadkach, gdzie mimo wykonania odpowiedniego i radykalnego zabiegu operacyjnego, obraz zapalny płynu mózgowo-rdzeniowego, jak i stan chorego się pogarsza. Te przypadki dotychczas kończyły się zwyczajnie śmiercią. Obecnie, przy zastosowaniu najnowszych środków farmakologicznych bakteriobójczych, rokowanie znacznie się poprawi.

Niewątpliwie należy wykonać przede wszystkim zabieg operacyjny, który ma zasadnicze znaczenie jako usunięcie ogniska, stanowiącego źródło dopływającej ropy do przestrzeni subarachnoidalnej. Drugim ważnym postulatem jest leczenie farmakologiczne. Swoiste działanie przeciwpaciorkowcowe antystreptyny znane jest w naszej literaturze z licznych prac. O skutecznym wpływie podobnych do antystreptyny preparatów farmakologicznych mówią we Francji M. M. R o u g e t et V a i d i e (2 przypadki), dalej L a l l e m e n t i P o l l e t (również 2 przypadki paciorkowcowego zapalenia opon mózgowych, leczone nimi i surowicą *Vincent)* i wreszcie M. V a n N i e u v e n h u i s e (jeden przypadek). Mniej dobre wyniki podaje z literatury niemieckiej R i e c k e, gdzie na 9 przypadków ropnego zapalenia opon mózgowych, leczonych dordzeniowym wstrzykiwaniem prontosilu, zaledwie 3 przypadki uratowano, przy czym nie podaje, czy w tych 3 przypadkach stwierdzono bakteriologicznie paciorkowce.



Przypadek nasz dotyczy mężczyzny P. B., lat 25, który cierpi na ropienie z ucha prawego od 6 lat, przy tym trzykrotnie za uchem tworzył się ropień samoistnie pękający; po dłuższym czasie przetoki zamykały się. Obecnie zgłasza się z powodu wytworzenia się czwartej przetoki i silnych połowicznych bólów głowy w tylnej części, po stronie prawej.

Stan obecny. Ogólny stan chorego dobry. Bez ciepłoty. Tętno normalne. Ucho lewe: błona bębenkowa zgrubiała, wciągnięta, w połowie rękojeści młoteczek i tuż za nim mała, okrągła, sucha perforacja wciągnięta w głąb. Szept w uchu lewym 50 cm. Ucho prawe: błona bębenkowa zaczerwieniona i zgrubiała, od przodu i dołu owalny wąski otwór o brzegach zgrubiałych, z którego wydobywa się skąpa ilość ropy. Dolna ściana przewodu lekko uniesiona ku górze. Wyrostek sutkowy przy ucisku tkliwy, 1 cm poniżej szczytu, sącząca przetoka. Sonda wchodzi w głąb w przetokę ku środkowi, tyłowi i górze na głębokość 5 cm. Tuż poniżej z przodu wyrostka blizna po przetoce, podobna druga niżej *planum mastoideum* i trzecia blizna za wyrostkiem sutkowym — wszystkie zrośnięte z podłożem; Weber skierowany na prawo. Szept w uchu prawym 20 cm.

Dnia 16 kwietnia 1937 w narkozie eterowej wykonano antrotomię. Trudność w odłuszczeniu okostnej od kości z powodu zrostów w bliznach, kość przy dłutowaniu wybitnie twarda, sklerotyczna, słabo ukrwiona. Po odbiciu w głąb blaszki grubości 2 cm, dochodzi się do dużej jamy w wyrostku, łączącej się szeroko z *antrum*, wypełnionej obficie granulacjami i ropą. Po wyskrobaniu granulacji widoczna łączność przetoki zewnętrznej z jamą ropnia, przy czym sonda, włożona do przetoki, wychodzi bezpośrednio na zatokę esowatą. Dolna część zatoki esowatej zarośnięta, górna zaś część zieje otworem do jamy ropnia. Z zatoki wydobywa się bardzo obficie gęsta żółta ropa. Wykonano szeroką antrotomię. Część ściany zatoki wycięto, do dalszej części zatoki wsunięto dren, który doskonale usuwał ropę w dużej ilości. Stan pooperacyjny dobry — rana goiła się szybko. Chory po 3 dniu operacji chodzi. Siedemnastego dnia po operacji zwyżka ciepłoty (38,6°), a 20 dnia w nocy silny zawrót głowy, ból głowy, wymioty, sztywność karku, ciepłota 38,8°. Kompletna głuchota ucha prawego. Weber na lewo, grubo uderzeniowy, oczopląs obustronny. Nie ulegało wątpliwości, że ropienie przeszło drogą labiryntu do jamy czaszki. Przystąpiono do powtórnej operacji i wykonano labiryntektomię metodą H i n s b e r g - B o u r g e t i odsłonięto zatokę poprzeczną nie dochodząc na 1 cm od zlewu zatoki. W kanale półkolistym zewnętrznym stwierdzono przetokę z występującymi z niej granulacjami. Punkcja lumbalna wykazuje płyn mózgowo-rdzeniowy pod ciśnieniem, mętny, żółtawy (60 cm³), Pandy +++, pole zasiane ciałkami białymi z przewagą leukocytów. Badanie bakteriologiczne wykazało *streptococcus brevis*. Na drugi dzień po operacji stan chorego bardzo ciężki; chory nieprzytomny, krzyczy, język suchy, ciepłota 40,3°. Punkcja dała te same wyniki. Wstrzyknięto 5 cm³ prontosilu, infuzja, antystreptyna 6 razy dziennie w tabletkach doustnie. Podany obok schemat leczenia wskazuje, że leczono początkowo antystreptyną i zastrzykami domięśniowymi prontosilu, po czym po 4 dniach odstawiono prontosil, a podwojono dawkę antystreptyny do 12 tabletek dziennie. Następnie w miarę ustępowania objawów zapalnych, zmniejszano stopniowo ilość tabletek aż do jednej i ostatniej.

Stan chorego w następnych dniach po operacji pogorszył się tak, że piątego dnia uważaliśmy go za zupełnie beznadziejny. Chory był tylko chwilami przytomny, krzyczał całymi dniami, miał sztywność karku, język suchy, objawy oponowe maksymalnie wyrażone, płyn mózgowo-rdzeniowy wykazywał gęstą żółtą ropę. Czwartego dnia, po podaniu 12 pastylek antystreptyny, stan chorego bardzo wyraźnie poprawił się, chory odzyskał przytomność i od tego czasu, do trzech dni, wszystkie objawy oponowe ustąpiły. Przez cały czas chory miał wykonywane codziennie punkcje lumbalne, 2—3 razy dziennie wlewania podskórne roztworu fizjologicznego NaCl à 1000 cm³ i 30 cm³ glukozy dożylnie. W drugim tygodniu, po ustąpieniu objawów oponowych, chory opuścił oddział, wyleczony.

Działanie antystreptyny (paraaminobenzenosulfamidu) w przypadku naszym jest niewątpliwie dowodem słuszności, podawanych w ostatnich czasach twierdzeń, że antystreptyna jest środkiem rzeczywiście swoiście działającym na zakażenia paciorkowcowe i w powyższym przypadku wywarła, ze środków farmakologicznych, decydujący wpływ na wyleczenie chorego. Mechanizm działania antystreptyny nie jest na razie dostatecznie wyświetlony. Nie jest znany proces działania, bądź wprost bakteriobójczy, bądź też zmieniający chemizm i podłoże biologiczne ustroju niekorzystnie dla paciorkowców. Dla praktyka sprawa ta jest drugorzędną. Chory otrzymał w sumie 108 pastylek antystreptyny w 15 dniach bez szkodliwego działania jej na przewód pokarmowy, narząd krążenia i nerki.

Piśmiennictwo:

R i e c k e H. G.: Zbl. Neurol. u. Psychiatrie. 1936. Bd. 79, str. 524. — M. M. R o u g e t i V a i d i e. — L a l l e m e n t i P o l l e t. — M. V a n N i e u v e n h u i s e — Tow. Laryng. Szpit. Paryskich. 27 avril 1936. — Presse Méd. 1936. Nr 62, str. 1250.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Fr. GRÖER. Lwów.

II Międzynarodowy tydzień lekarski w Szwajcarii.

Leży przede mną wytwornie wydana książka: *II Internationale Medizinische Woche in der Schweiz — Luzern, 31 August bis 5 September 1936. Benno Schwabe & Co. 1937, str. 545.*

Piękny ten tom obejmuje 28 oryginalnych i bardzo wartościowych prac z dziedziny całokształtu klinicznej i doświadczalnej medycyny. Niektóre z nich posiadają wprost rewelacyjny charakter. Tom ten jest księgą pamiątkową jedynego w swoim rodzaju międzynarodowego zjazdu lekarskiego, który od dwu lat odbywa się rok rocznie w Szwajcarii.

Zjazdy naukowo-lekarskie, tak narodowe, jak i międzynarodowe nie spełniają już dzisiaj swego zasadniczego posłannictwa. Wszak celem zasadniczym zjazdów naukowych jest dyskusja, wymiana myśli pomiędzy uczonymi, znającymi dokładnie przedmiot dyskusji. Dyskusje takie powinny ustalać wątpliwości, rozjaśniać niedomówienia, doprowadzać do konkretnych wyników. W dyskusjach takich mają nieraz dużo do powiedzenia uczeni nie należący ściśle do specjalności, z której wyłoniło się dane zagadnienie. Na przykład jeżeli chodziło by o dyskusję nad pewnymi postaciami zaburzeń w krążeniu u dzieci, to właśnie interesującym było by dla pediatry dowiedzieć się, co w tej sprawie, przedstawionej w oświetleniu pediatryczno-klinicznym, może mieć do powiedzenia internista, fizjolog lub farmakolog.

Obok dyskusji posiadają też wielkie znaczenie na zebraniach zjazdowych komunikaty oryginalne, donoszące o nowych odkryciach lub spostrzeżeniach. Ale i tu — dla lekarza specjalisty — jest dzisiaj niemożliwością zaznajomić się z odkryciami innych specjalności, które mogłyby mieć dlań wielkie znaczenie, a o których nie dowiaduje się on na zjeździe tylko dlatego, że uczęszcza on zwykle tylko na posiedzenia swojej sekcji.

Wreszcie zjazdy powinny ułatwiać kontakt osobisty pomiędzy uczonymi. Prywatna wymiana zdań posiada dla orientacji w postępie nauki znaczenie pierwszorzędne. Nieraz długie polemiki w piśmiennictwie dają się załatwić w drodze kilkuminutowej rozmowy.

Te wszystkie cele i zadania nie dadzą się na dzisiejszych zjazdach lekarskich zrealizować. Zjazdy te są albo zjazdami ściśle specjalistycznymi, albo zjazdami ogólnymi, a wtedy dzielą się na sekcje. Między sekcjami rzadko kiedy może nastąpić wymiana zdań lub nawet luźny kontakt. Lekarze danej specjalności obracają się zatem stale tylko we własnym kółku. Z drugiej strony, ilość komunikatów jest zazwyczaj na zjazdach tak wielka, że zachodzi potrzeba ograniczenia czasu przemówień, ażeby wykończyć program. Obok komunikatów o pierwszorzędnej i nowej treści, spotykamy się dziś na zjazdach z powodzią komunikatów mało znaczących, nie wnoszących do nauki nic nowego tylko dlatego, że każdy zakład czy klinika uważa za swój obowiązek wystąpić na zjeździe, niezależnie od tego, czy posiada w danej chwili wartościowe i nowe przyczynki. Ten balast, który tak niesłychanie ciąży nad jakością dzisiejszych zjazdów naukowo-lekarskich, usprawiedliwiany bywa przez pogląd, że zjazdy należy uważać za arenę, na której mają się wybijać młode, niedoświadczone siły. Pogląd ten można uważać tylko o tyle za słuszny, o ile te młode siły mają rzeczywiście coć nowego do powiedzenia. Albowiem zjazdy naukowe nie powinny być szkołą pustej retoryki.

Efekt ogólny jest ten, że na dzisiejszych zjazdach panuje przeważnie naukowy chaos i bezrybie, a nawet tak zwane główne referaty, na które poświęca się więcej czasu, stają się zamiast syntezą pewnego zagadnienia, referatami poglądowymi, zbiorowymi, nad którymi nie ma dyskusji tak, jak gdyby to był nie zjazd, ale kurs dokształcający dla lekarzy. Albowiem i przemówienia dyskusyjne nad referatami głównymi muszą wobec nawału mówców zostać ograniczone do kilkuminutowych wyjaśnień.

Dlatego to dzisiejsze zjazdy, tak narodowe, jak i międzynarodowe, stają się coraz częściej zbiorowymi, reprezentacyjnymi demonstracjami świata lekarskiego, na których otwarcia, zamknięcia, przemówienia władz, bankiety większą odgrywają rolę, aniżeli ściśle naukowa wymiana zdań pomiędzy, mającymi coś do powiedzenia, uczonymi. Toteż dlatego nazwałem tydzień lekarski w Szwajcarii zjawiskiem niezwykłym.

Jest to w rzeczywistości kongres naukowy, w dawnym, pięknym i szczytnym znaczeniu. Ale też organizacja tego kongresu odbiega daleko od zwykłego szablonu. Na 10 miesięcy przed datą zjazdu zwraca się komitet zjazdowy do wybitnych uczonych wszystkich krajów, prosząc ich o wybranie sobie tematu z dziedziny najnowszych swoich badań, celem wygłoszenia na zjeździe szwajcarskim godzinnego referatu.

W ten sposób treścią zjazdu są wyczerpujące referaty o sprawach zupełnie nowych, w najnowszym, oryginalnym opracowaniu twórców. Ponieważ dany uczony wybiera oczywiście temat leżący mu najbliżej i najświeżej na sercu, a przy tym, ponieważ kongres ponosi koszty podróży i pobytu w pięknych miejscowościach szwajcarskich, rzadko kiedy komitet spotyka się z odmową ze strony zaproszonych uczonych.

W ten sposób kompletuje się program zjazdu. Obejmował on w roku ubiegłym, jak głosi jego księga pamiątkowa, 28 takich referatów, wygłoszonych przez najgłośniejszych dzisiaj w świecie lekarskim uczonych.

Referaty te wygłaszane są w godzinach rannych od 8—1 po południu. Każdy z nich trwa minimalnie godzinę. Czasem nawet się przedłuża. W ten sposób każdy z mówców ma dostateczną sposobność wypowiedzenia się, zademonstrowania preparatów, projekcji czy filmów. Nie musi liczyć się z czasem. Od godziny pierwszej do wieczora, kongresiści mają czas wolny. Mogą go zużyć na wycieczki, zwiedzania i inne przyjemności. Schodzą się jednak znowu na obiad o godz. 8 i zaraz po obiedzie przy winie, piwie, cygarach i fajkach, najwybitniejsi przedstawiciele wszystkich dziedzin medycyny, wraz z całym szeregiem zwykłych uczestników zjazdu, poddają usłyszane rano referaty dyskusji, dyskusji znowu niczym nieograniczonej. Dyskusji, w której farmakolog zabiera głos do komunikatów internistycznych, chirurg interesuje się zagadnieniami pediatrycznymi, pediatra uzupełnia fizjologicznego chemika itd.

Dyskusje takie są po prostu niezrównaną krynicą nowych myśli, nowych punktów widzenia i prowadzą do uzgodnień lub dają impuls do nowych badań.

Pomimo, że nie należę do pilnych słuchaczy kongresowych i trudno mi zwykle zmusić się do wysłuchiwania referatów przez kilka godzin dziennie, to jednak, będąc w roku ubiegłym uczestnikiem szwajcarskiego zjazdu, nie mogłem po prostu oderwać się ani od wykładów ani od przemówień dyskusyjnych. Dawno nie słyszałem takiego doboru wykładów i dawno nie przysłuchiwałem się na takim poziomie prowadzonej dyskusji. Toteż najgorącej zalecam wszystkim kolegom, którzy mogą sobie pozwolić na tygodniowy wyjazd do Szwajcarii, wzięcie udziału w tegorocznym zjeździe, który dla odmiany będzie miał miejsce w Interlaken.

Podkreślić należy, że szwajcarski komitet organizacyjny, który składa się przede wszystkim z redakcji szwajcarskiego tygodnika lekarskiego oraz profesorów szwajcarskich wydziałów lekarskich, z prof. Gigonem (Bazylea) na czele, czyni wszystko, ażeby członkom zjazdu uprzyjemnić pobyt w Szwajcarii. Specjalną zasługę posiada pod tym względem docent dr Wolff (Genewa), który, jako sekretarz zjazdu, jest duszą wszystkich poczynań.

Przeszłoroczny program obejmował kilka kategorii wykładów: Zagadnienia ogólne, krążenie, oddychanie, gruźlica, przemiana materii, hormony i witaminy, pediatria i zatrucia, nowości kliniczne oraz wykłady różne, przedstawione przez Wydział Lekarski Uniwersytetu w Zurychu.

W sprawach ogólnych Gunn (Oxford), mówił o związkach porażających zakończenia nerwów sympatycznych; Rathéry (Paryż), o nefrozie lipoidalnej i jej leczeniu; Bing (Bazylea) o czynnikach somatycznych w kształtowaniu się objawów psychogenicznych i wreszcie Gigon o zagadnieniach odżywiania.

Jeszcze ciekawiej przedstawiała się grupa wykładów dotycząca krążenia, oddychania i gruźlicy.

Pick (Wiedeń) dał syntezę długoletnich badań wiedeńskiego zakładu farmakologii doświadczalnej o samoochronie i samoregulacji w krążeniu. Wykład świetny, otwierający, szczególniej dla klinicysty, nowe perspektywy rozpoznawcze i lecznicze. Koreferował na ten sam temat Hess (Zurych), mówiąc o ośrodkach regulacyjnych w krążeniu.

Jacobaeus (Sztokholm) podał zasady z takim powodzeniem uprawianej przezeń bronchospirometrii i jej wyniki. I ten wykład wnosił dla wielu z nas bardzo dużo rzeczy nowych i metodycznie niesłychanie interesujących. W tej samej grupie mówili dalej Schwartz (Konstantynopol) o alergii gruźliczej z punktu widzenia anatomo-patologa i Gröer (Lwów) o alergometrii gruźlicy dziecięcej.

Gwoździem zjazdu był bez wątpienia fantastyczny wprost wykład wielkiego odkrywcy witaminy C Szent Györgyi'ego (Szeged) o utlenianiu, fermentacji i o pośredniej przemianie materii. Wykład ten, który po prostu oczarował słuchaczy, przyniósł obok genialnego ujęcia związku pomiędzy sprawami utleniania, odtleniania i fermentacyj w ustroju, także pierwsze doniesienie o odkrytej przez autora nowej witaminie P. Była to pierwszorzędna sensacja. Bardzo interesujący był z tej grupy również wykład Wolffa (Utrecht): Witaminy A i C w sokach i narzą-

dach ustroju. Wreszcie drugą sensacją zjazdu był wykład Sauerbrucha (Berlin) o chirurgii gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu.

Olśniewający ten wykład zdumiewał po prostu bogactwem myśli i głębokim, fizjologicznym i fizjologiczno-chemicznym wykształceniem mówcy. Obecni na wykładzie specjaliści od badań zagadnień wewnętrznego wydzielania, nie wychodzili z podziwu nad erudycją i zrozumieniem zagadnienia ze strony klinicznego chirurga. Twierdzili, że i oni usłyszeli rzeczy nowe i że i dla nich wykład ten posiadał znaczenie zapładniające.

Należy wspomnieć jeszcze o wykładach z dziedziny zatruć i działań toksycznych oraz wspaniałą serię wykładów urządzonych na Wydziale Lekarskim w Zurychu, podczas wycieczki do tej faktycznej stolicy Szwajcarii.

Heubner (Berlin) mówił bardzo ciekawie o swoich działaniach allobiotycznych, zaś Zangger (Zurych) o mało znanych zatruciach przez lotne substancje, podnosząc przede wszystkim społeczno-lekarskie znaczenie tego ważnego zagadnienia.

Wśród wykładów urządzonych na Wydziale Lekarskim w Zurychu wybiły się na pierwszy plan wykłady Clairmonta i Gäumanna. Clairmont mówił o chirurgii przemiany wapnia. Wykład był niesłychanie kunsztownie przygotowany, interesujący w ujęciu i ilustrowany przepięknymi rysunkami i przeźroczami.

Gäumann zaś, który jest botanikiem, wystąpił z wykładem wypowiedzianym z poetycką swadą artysty, marzyciela i entuzjasty — o zjawiskach odpornościowych wśród roślin. Jest w zwyczaju szwajcarskiego tygodnia lekarskiego, że na jeden wykład zaprasza się nie lekarza, który ze swej dziedziny wybiera jakiś temat, mogący wzbudzić zainteresowania lekarskie.

Botaniczny eksperyment przeszłoroczny udał się ponad wszelkie oczekiwania. Słuchało się Gäumanna z zapartym oddechem, jak gdyby opowiadania jakiejś kolorowej bajki, i tu dużo rzeczy, dużo myśli i spostrzeżeń wpłynęło do naszych mózgów, zapładniając wyobraźnię naszą z pożytkiem dla własnej pracy twórczej.

Tom sprawozdawczy, od którego zacząłem swoje sprawozdanie o zjeździe, zawiera wszystkie te wykłady oraz skróty z dyskusji. Jest to doprawdy jedna z najmilszych książek naukowych, z jakimi udało mi się spotkać w ostatnich latach.

W roku bieżącym szwajcarski tydzień lekarski odbędzie się, jak już wspomniałem, w Interlaken od 29 sierpnia do 4 września. Wśród zaproszonych mówców mamy znów wielkie nazwiska, a więc z dziedziny chirurgii mózgu i rdzenia: Cairns (Oxford), Vincent (Paryż), Veraguth (Zurych), oprócz tego mówić będą Löewi (Graz), Stoll (Bazylea), Rössle (Berlin), Roussy (Paryż), Lichtwitz (Nowy Jork), Falta (Wiedeń) i inni. Planowana jest również wycieczka do Berna, zorganizowana przez Berneński Wydział Lekarski.

Wpisowe kosztuje tylko 10 Frs. i daje wszelkie możliwe ułatwienia. Zgłaszać się należy w sekretariacie tygodnia: *Sekretariat der Internationalen Medizinischen Woche in der Schweiz, Basel, Klosterberg 27.*

Szwajcarski tydzień lekarski jest urządzeniem bardzo mało znanym w Polsce, chociaż komitet zjazdu, w pragnieniu uwzględnienia wszystkich narodów, nie pominął w ciągu swoich dwu lat istnienia, nauki polskiej, a o ile wiem i w przyszłości ma zamiar sięgać nieraz do polskiej medycyny. Uważając, że urządzenie to posiada duże znaczenie dla rozwoju nauki lekarskiej, pragnąłem udzielić trochę mojego entuzjazmu czytelnikom Polskiej Gazety Lekarskiej.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach. Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 13. 1937. Guérin C.: Uodpornienie przeciw gruźlicy za pomocą szczepionki B. C. G. — Reiss H. i Oszast Zb.: O wartości leczniczej przeciwkiłowego preparatu „Novarsolen". — Tomaszewski W.: Psychika a serce. — Zeyland J.: Gruźlica płuc typu dorosłych u dzieci. — Sokół H.: Czynne postępowanie w przypadkach poronień gorączkowych (z ciepłotą 38°). — Smoczyński F.: Wpływ światła na białe ciałka krwi z uwzględnieniem zmian przyżyciowych w wymazach krwi.

Wiedza Lekarska. Nr 6. 1937. Tochowicz L.: Klinika i leczenie zawału mięśnia sercowego z uwzględnieniem własnych spostrzeżeń.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 7—8. 1937. Tychowski W.: Rola gruczołów wkrewnych w ustroju. — Zeghauser A.: Witaminy a ustrój. — Ostern P.: Witaminy a hormony.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 7. 1937.

Nowiny Lekarskie. Z. 14. 1937. Tenczyn J.: Zachowanie się krwi młodzieży w klimacie górskim. — Rusin Z.: Przyczynki o zastosowaniu prontosilu w związku z procesami gorączkowymi po porodach. — Sokół H.: Czynne postępowanie w przypadkach poronień gorączkowych (z ciepłotą 38°). — Smoczyński F.: Wpływ światła na białe ciałka krwi z uwzględnieniem zmian przyżyciowych w wymazach krwi.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 13—14. 1937.

Medycyna Praktyczna. Z. 11. 1937. Bross K.: O czerwienicy *(polycythaemia rubra).* — Henke A.: Kilka uwag o stosowaniu maści tranowej. — Henke A.: Czy można znieść prywatną praktykę?

Polski Przegląd Radiologiczny. T. XII. Z. 1—2. 1937. Fiszhaut L. i Zabokrzycki J.: Wgłębienie podstawy czaszki *(impressio basilaris)* z zanikiem móżdżku. — Trzaskowski S.: Technika badania radiologicznego stawu biodrowego i górnej nasady kości udowej. — Wechsler Z.: Prawostronna tętnica główna z zaburzeniami połykania. — Jakubowicz M.: O rzadko spostrzeganym objawie uciskowym w śródpiersiu tylnym. — Januszkiewicz S.: O trudnościach różniczkowania wrzodów i raków żołądka w oparciu na radiologicznych cechach niszy. — Wajskopf D.: O łagodnych nowotworach żołądka. — Januszkiewicz S.: Rozbieżność pomiędzy obrazem radiologicznym a anatomo-patologicznym śluzówki żołądka. — Gubrynowicz L.: Krętniczo-kątnicza krezka wspólna. — Korolkiewicz K.: Ciała obce w przewodzie pokarmowym. — Kukliński I.: Przypadek raka nerki, rozpoznanego na podstawie przerzutów w układzie kostnym. — Ossowski M.: Zwapnienia w nadnerczach, wykazane radiologicznie w przypadku zespołu Addisona.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny. T. XIII. Z. 3—4. 1937. Laskiewicz A.: Bóle głowy, odruchy i zaburzenia współczulne pochodzenia nosowego. — Dylewski B.: Badania nad wpływem przytępienia słuchu na powstawanie zaburzeń mowy i głosu. — Zakrzewski A.: Z badań nad dwuuszną lokalizacją dźwiękową. Miodoński J.: Przyczynek do badań audiometrycznych. — Chorążycki B.: Zasady podstawowe chirurgicznego leczenia przewlekłych spraw ropnych zatok bocznych nosa. — Srebrny Z.: Od czego zależy nagła śmierć po zastrzyknięciu podśluzowym lub miąższowym małych dawek środków znieczulających. — Srebrny Z.: Przyczynek do leczenia przewlekłych spraw zapalnych ropnych ucha środkowego. — Wadoń A.: Raki ucha środkowego. — Świątłowski B.: Opiniowanie chorób uszu, nosa, gardła i krtani przez biegłego. — Dylewski B.: O zapobieganiu i tamowaniu krwawień po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych. — Radzymiński A.: O toczniu odosobnionym krtani.

Lekarz Wojskowy T. XXIX. Nr 12. 1937. Grodzieński E.: Fizjologia i patologia grasicy. — Lankosz J. i Zięba Wł.: Nadciśnienia tętnicze u młodzieży oddającej się sportom. — Fiumel A.: Wpływ sportu narciarskiego na sprawność fizyczną i psychiczną personelu latającego. — Krzewiński L.: Toksykologia w sporcie. — Rettinger R.: Organizacja opieki lekarskiej w sporcie. — Majkowski J.: Poradnictwo sportowo-lekarskie w Warszawie.

Młoda Matka. Nr 14. 1937.

Acta Balneologica Polonica. Z. 2. 1937. Felix J.: Zachowanie się glutationu we krwi żylnej w przebiegu różnych schorzeń narządów wewnętrznych w świetle własnych badań. — Laskowski St.: Leczenie schorzeń dróg oddechowych komorami nadciśnieniowymi (pneumatycznymi). — Leszczycki St.: Bilans migracji uzdrowiskowo-letniskowych w Polsce. — Ferens T.: Zagadnienie czynników katalizujących utlenianie w wodach źródeł kruszcowych Krynicy. — Mester A.: Leczenie pierwotnego przewlekłego gośćca stawowego.

Klinika Współczesna. Nr 6. 1937. Kopelowicz M. A.: Klinika hipoglikemii.

Polskie Zioła. Nr 5—6. 1937.

Ginekologia Polska. T. XVI. Z. 5—6. 1937. Czyżewicz A.: W sprawie mianownictwa przypadków przemieszczenia błony śluzowej macicy. — Lorentowicz L.: W sprawie patogenezy gruczolistości śródmacicznej w jamie otrzewnej *(endometriosis peritonealis).* — Mączewski St.: Uwagi kliniczne o *adenomyosis* narządu rodnego ze szczególnym uwzględnieniem *adeno-*

myosis retrovaginalis. — Gelbstein M.: Miednicomierz wewnętrzny własnego pomysłu. — Ryll-Nardzewska J.: Z kazuistyki rzadszych przypadków gorączki połogowej. — Gelbstein M.: Uszkodzenia moczowodów w przebiegu operacji położniczych, postępowanie lecznicze i rokowanie w związku z przypadkiem samodzielnego zgojenia się przetoki moczowodowo-macicznej po cięciu cesarskim. — Sztylerman S.: *Exstirpatio chemica uteri.*

Trzeźwość. Nr 6. 1937.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 28. 1937. Bobrański B.: O środkach leczniczych grupy chinoliny (c. d.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 29. 1937. Kapuściński Wł.: Występowanie kwasu l-askorbinowego (witaminy C) w niektórych iglastych *(Coniferae).*

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 30. 1937. Bobrański B.: O środkach leczniczych grupy chinoliny (dok.).

Przegląd Weterynaryjny. Nr 7. 1937.

Farmacja. Nr 4. 1937.

Lekarz Polski. Nr 7—8. 1937. Chodźko W.: Wścieklizna (wodowstręt) w Polsce. — Zembrzuski L.: Medycyna i lekarz w twórczości Mikołaja Reja i Jana Kochanowskiego. — Kowarski L.: Program szczegółowej lustracji społeczno-sanitarnej wsi. — Lewiński W.: W sprawie sądowo-lekarskiej kwalifikacji kiły.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVI. Z. 3. 1937. Nowicki St.: Urazy czaszki i mózgu. — Pieńkowski St. K.: Urazy czaszki, mózgu i opon mózgowych z punktu widzenia neurologii i psychiatrii. — Nowakowski K.: Urazy czaszki i mózgu. — Ostrowski T.: Następstwa uszkodzeń urazowych czaszki. — Kowalczyk J.: Urazy czaszki i mózgu w Oddziale Chirurgicznym Szpitala św. Łazarza w Krakowie od 1910 r. do 1936 r. — Krupiński M.: Urazy czaszki i mózgu u dzieci. — Birkenfeld J.: Technika operacyjna w urazach czaszki. — Bross W. i Koczorowski S.: Badania doświadczalne nad przecukrzeniem krwi po urazach czaszki. — Jasieński J. i Kranz Sz.: Wpływ roczczynów hipertonicznych na obniżenie ciśnienia śródczaszkowego w urazach czaszki. — Cieśla Wł.: Leczenie odwadniające w urazach mózgu. — Ermich St.: Ostre urazy czaszki w wieku dziecięcym. — Kossakowski J.: Spostrzeżenia z dziedziny obrażeń głowy u dzieci. — Zaorski J. i Łążyńska W.: Spostrzeżenia nad odległymi wynikami leczenia obrażeń głowy u dzieci. — Ostrowski T. i Michałowski E.: Technika wycięcia przytarczyc. — Ostrowski T.: O lobektomii. — Bross W. i Leuken B.: Zmiany w krążeniu i objętości oddechowej pod wpływem zabiegów operacyjnych na płucach oraz ich rola w powstawaniu zjawisk wstrząsowych. — Cieśla Wł.: Przypadek odległego wyniku szwu serca. — Jurewicz Z.: Uwagi praktyczne, dotyczące operowania guzów rdzenia na podstawie przypadków własnych. — Mossakowski J.: Przyczynek do tzw. *linitis plastica.* — Szerszyński Br. i Klimkiewicz J.: Dwa przypadki *neurinoma* żołądka. — Sowiakowski J.: Guzy krezki jelit. — Jasieński J.: Resekcja prawego płata wątroby z pomyślnym zejściem. — Hilarowicz H., Bross W. i Kubikowski P.: Badania doświadczalne nad wartością zabiegów operacyjnych na nerwach trzewnych w leczeniu nadciśnienia samoistnego. — Ci sami: Uwagi w sprawie techniki operacyjnej zabiegów na nerwach trzewnych przy samoistnym nadciśnieniu tętniczym.

Zdrowie Publiczne. Nr 6. 1937. Wyszogrodzki M.: Wypadki przy pracy maszynami rolniczymi w latach 1921—1936. — Lemieszewski W.: Uzdrowienie wsi. — Niedźwiałowski K.: W sprawie organizacji opieki lekarskiej na wsi. — Małofiejew S.: Nieszczęśliwe wypadki na wsi (przy pracy i w życiu domowym). — Przybylska Z.: O zębolecznictwie dzieci szkolnych w Polsce. — Jelonek F: Kolonie letnie na Podhalu.

Biologia Lekarska. Z. 5. 1937. Gedroyć M.: Biologiczne i kliniczne podstawy przygotowania i utrzymania ciąży.

Medycyna. Nr 14. 1937. Celarek J.: Seroterapia w zakażeniach spowodowanych beztlenowcami. — Baraban L.: Wpływ leków bodźcowych i wstrząsowych oraz tiosiarczanu sodu na odczyn skłaczania osocza. — Korszyński P.: Przebicie macicy podczas skrobania. — Chajmowicz M.: Przypadek nerczycy lipoidowej leczony dietą bezsolną. — Białokur Fr.: Stosowanie morfiny u chorych z niewydolnością krążenia.

OCENY.

Zawał mięśnia sercowego, rozpoznanie, leczenie i zapobieganie. (Der Myokardinfarkt, Erkennung, Behandlung und Verhütung). Max HOCHREIN. VIII. 196 str., 52 rysunków. Drezno—Lipsk. Nakł. Th. Steinkopff. 1937. Cena 12.50 RM nieopr.; 14 opr.

Z początku podaje autor historię i krótki rys, dotyczący występowania zawału mięśnia sercowego. W dalszej części, obejmującej hemodynamikę układu naczyń wieńcowych serca, przedstawia anatomię i fizjologię prawidłową i patologiczną tego odcinka naczyniowego. Po krótkim skreśleniu podstaw doświadczalnych i obrazu anatomo-patologicznego zamknięcia naczyń wieńcowych, przechodzi Hochrein do szczegółowego omówienia kliniki zawału mięśnia sercowego. W tej najdłuższej, a najważniejszej części, znajdujemy jasno podane szczegóły, dotyczące powstania, typowego obrazu klinicznego, jak i odchylenia atypowe, przebiegu sprawy chorobowej, rozpoznania, rokowania, jak i leczenia tej, dziś tak ważnej, jednostki klinicznej. Monografia będzie doskonałym drogowskazem dla lekarza przy ocenie i postępowaniu w dotyczących przypadkach, które mu nasuwa praktyka codzienna. Z tego względu książka zasługuje na rzetelne poparcie.

M. Franke (Lwów).

Travaux Pratiques de Bactériologie. H. BONNET i A. NÉVOT. Masson, Paris. 1936.

Mały ten podręcznik do ćwiczeń praktycznych z bakteriologii nie może sobie rościć pretensji do systematycznego opracowania całości techniki bakteriologicznej. Jest to *vademecum* do ćwiczeń, w tym zapewne zakresie podane, jaki jest wymagany na uniwersytecie paryskim. Cenną wartością tej książki są ilustracje, czy to mikrofotogramy (wszystkie w jednolitym powiększeniu 1×1750, czy rysunki schematyczne, objaśniające szczegóły fotogramów (wartościowe pod względem dydaktycznym), czy wreszcie ilustracje barwne i jednokolorowe. W 21 rozdziałach, (które jakby odpowiadają ilości ćwiczeń studentów), omówione są główne zasady techniki bakteriologicznej i serologicznej i własności różniczkowe szeregu najważniejszych drobnoustrojów chorobotwórczych. Bardzo pobieżnie potraktowano sprawę sporządzania barwików i w ogóle technikę barwienia, techniczna strona próby aglutynacyjnej nie jest bez zarzutu, wreszcie sposoby różniczkowania beztlenowców są dosyć przestarzałe.

Również i próby, podanie w paru słowach ogólnych wiadomości o morfologii i biologii bakterii (w I rozdziale) nie odpowiadają dzisiejszemu stanowi wiedzy.

Dla studenta, który teorii uczyć się będzie z odpowiedniego podręcznika, będzie jednak ta książka wartościową pomocą w ćwiczeniach.

St. Legeżyński (Lwów).

Ratunku!... Gaz!... KRZEWIŃSKI, wykładowca L. O. P. P. w Warszawie. Nakładem Zarz. Główn. Polskiego Czerw. Krzyża. Warszawa. 1937. Str. 23.

W popularnie napisanej, taniej broszurce, zapoznaje autor czytelnika z grożącymi nam, w możliwej przyszłej wojnie, niebezpieczeństwami, oraz poucza, w jaki sposób należy się bronić przed atakami lotniczymi i gazowymi i jak należy ratować ofiary tych ataków. Nowy element w tej broszurce stanowi propaganda maski gazowej i nakłanianie czytelnika do kupienia jej. Szkoda, że Krzewiński nie podaje miejsca sprzedaży masek i ich ceny. Wszystkich, pragnących się bliżej zapoznać z pierwszą pomocą w zatruciach gazami bojowymi, odsyłam do większej broszurki tego samego autora pod tym właśnie tytułem. (L. Krzewiński: Pierwsza pomoc w zatruciach gazami bojowymi. Wydawnictwo Książnicy-Atlas, Lwów). W tej 72-stronicowej książeczce zapoznaje nas autor z historią walki chemicznej, dalej daje ogólny pogląd na toksykologię ogólną, omawia przyczyny zatruć gazowych itp.

Z. Bieliński (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Powrót do normalnego składu białek krwi i ciśnienia osmotycznego po uszkodzeniu w zależności od stanu wątroby. RIJURO FUKUHARA. The Tohoku Journal of exper. Med. Vol. 30. Nr 6. 1937.

W trzech artykułach (str. 506, 516 i 523) autor bada powrót do normalnego składu zwierząt z wątrobą zatrutą fosforem, zwierząt z nadmiernym wydzielaniem tarczycy i zwierząt pozbawionych tarczycy, wreszcie u zwierząt pozbawionych śledziony.

Z doświadczeń wynika, że zarówno przy zatruciu fosforem i chloroformem, jak pozbawieniu śledziony lub tarczycy, powrót do warunków normy jest opóźniony albo zgoła niemożebny. Zatrucie wątroby nie daje możności powrotu do normalnego ciśnienia. Pozbawienie tarczycy i śledziony powrót ten bardzo opóźnia.
Moraczewski (Lwów).

Wpływ zimna na ciśnienie krwi i cukier we krwi ze szczególnym uwzględnieniem wzmożonego wydzielania nadnercza. YASUO SATOW. The Tohoku Journal of exper. Med. Vol. 30. Nr 6. 1937.

Oziębienie robiono przez wlewanie zimnej wody do żołądka, lub zanurzanie do wody z lodem, po czym mierzono ciśnienie i zawartość cukru we krwi. Niektóre zwierzęta pozbawione były nadnerczy, albo wyciąg nadnerczy wstrzykiwano jednocześnie. Prawie zawsze oziębienie wywoływało wzrost ciśnienia, po którym następował spadek. Cukier we krwi wznosił się również, acz powolnie, i wracał do ilości pierwotnej, albo poniżej normy. Zwierzęta pozbawione nadnerczy wykazywały po zanurzeniu gwałtowniejsze podwyższenie, a potem gwałtowniejszy spadek. Cukier we krwi w tych wypadkach wznosił się bardzo wysoko i powolniej opadał do ilości poniżej normy.
Moraczewski (Lwów).

Zawartość składników mineralnych i ciał tłuszczowatych w surowicy i ciałkach w przebiegu niedokrewności hemolitycznej i niedobarwliwej u dzieci. B. N. ERICKSON, H. H. WILLIAMS, F. C. HUMMEL, PEARL LEE & I. G. MACY. The Journ. of biolog. Chemistry. Vol. 118. Nr 3. Str. 569. 1937.

Autorowie badali skład krwi i ciałek czerwonych w przebiegu niedokrewności z zniekształceniem sierpowatym *(Sickle cell anemia)* w hemolitycznej i nadbarwliwej niedokrewności. Mineralne składniki, jak sód, potas i chlorki zdają się ulegać małym zmianom. Ciała tłuszczowate, jak cholesteryna i jej estry, są powiększone z wyjątkiem niedokrewności hemolitycznej. Zmienione są również stosunki ilościowe pomiędzy tłuszczami, estrami i cholesteryną. Wytrzymałość ciałek, ich wielkość i kształt wykazują również zmiany. Wytrzymałość na rozcieńczony roztwór soli i na saponinę bywa zmniejszona.
Moraczewski (Lwów).

Podział składników mineralnych i ciał tłuszczowatych (lipid) pomiędzy surowicę i ciałka krwi w anemii złośliwej. H. H. WILLIAMS, B. N. ERICKSON, S. BERNSTEIN, Fr. C. HUMMEL PEARL LEE & I. G. MACY. The Journ. of biolog. Chem. Vol. 118. Nr 3. Str. 569. 1937.

Badanie dotyczy niedokrewności złośliwej w czasie leczenia i po wyleczeniu. Autorowie oznaczali składniki mineralne w surowicy i wykazali, że sole sodu, potasu i chlorki, zmian nie wykazują. Natomiast ciałka czerwone mają zwiększoną zawartość potasu i powiększenie ogólne anionów i kationów. Zawartość tłuszczu i ciał tłuszczowatych ulega zmianie zarówno w surowicy, jak w ciałkach. W surowicy zwiększa się ilość tłuszczu, a spada ilość cholesteryny, szczególniej jej estrów i fosforolipidów. W ciałkach czerwonych estry cholesteryny są powiększone, a zmniejszona ilość wolnej cholesteryny i fosforolipidów. Autorowie obliczali — zdaniem naszym słusznie — zawartość każdego ciałka, których objętość, wedle ich obliczeń, powiększa się i kształt staje się więcej okrągły.
Moraczewski (Lwów).

Rola potasu w chorobie Addisona. WILDER, KENDALL i współpr. Arch. of int. Med. 59. 367. 1937.

Zaburzenia w wydzielaniu składników mineralnych ustroju w chorobie Addisona były w ostatnich latach niejednokrotnie badane (por. np. Kaunitz: Mineralstoffwechsel bei einem Fall von Mb. Addison; Wiener Arch. inn. Med. 30. 57. 1937). Zaburzenia te dotyczą przede wszystkim dwóch przeciwnie działających jonów: *sodowego i potasowego* i były poprzednio zbadane na zwierzętach. Psy, pozbawione nadnerczy, można utrzymać przy życiu bez zastrzyków preparatów z kory nadnerczy pod warunkiem, że karmi się je pokarmem bardzo bogatym w sód a jednocześnie bardzo ubogim w potas (Kendall i Allers). Jednorazowe podanie 0,5 g potasu powoduje ostrą niedomogę.

Autorowie stwierdzili, że przez częściowe wykluczenie potasu z diety chorych na chorobę Addisona osiąga się poprawę w stanie chorych i zapobiega kryzom, a jednocześnie powoduje się poprawę bilansu sodowego i chlorowego. Podanie potasu doprowadza w krótkim czasie do typowych zaostrzeń choroby i powoduje wydzielenie jonu sodowego i chlorowego z ustroju. Wydalenie to jest po podaniu 4 g potasu tak gwałtowne, że nie można go zrównoważyć nawet przez podanie 5 g cytrynianu sodowego i 18 g soli kuchennej.

Pokarm, spożywany przez chorego w ciągu dnia, nie powinien zawierać więcej, niż około 1,5 g potasu. Mięso, ziemniaki, kapusta, owoce i inne bogate w potas pokarmy, muszą być wpierw uwolnione od potasu; 80% potasu można usunąć z jarzyn przez umiejętne gotowanie, a wygotowane sole uzupełnić sztucznie solą kuchenną, żelazem, fosforanem wapnia i preparatami witaminowymi, w szczególności witaminą B i G. W pracy znajduje się szczegółowy przepis diety, przedstawiającej wartość 2.350 kalorii, a zawierającej 1,6 g potasu i 57 g białka.
T. Mann (Cambridge).

Znaczenie kliniczne rezerwy kreatynowej w sercu. BODANSKY i PICHLER. Arch. of. int. Med. 59, 232. 1937.

Kreatyna zawarta w mięśniu sercowym, tak zresztą jak w mięśniach szkieletowych, nie jest w całości chemicznie wolna; przeważna jej część jest związana z kwasem fosforynowym na fosfokreatynę (Eggleton; Fiske i Subbarow), który to związek rozpada się podczas skurczu mięśniowego na kreatynę i kwas fosforowy (Lundsgaard) i regeneruje następnie przy pomocy reszt fosforowych, pochodzących z organicznych związków fosforowych (Lohmann, Parnas, Ostern, Mann), jak kwas adenozynotrójfosforowy i kwas fosfopyrogronowy.

Autorowie zbadali zawartość i rozmieszczenie kreatyny w 310 sercach i ustalili stosunek ilościowy kreatyny poszczególnych części serca, jako to mięśnia komory lewej, prawej i brodawek. Stwierdzili tak znaczne wahania, że trudno nawet mówić o „przeciętnej" zawartości. Ilość kreatyny w mięśniu sercowym wynosi od 38 do 295 mg% i jest niezależna od wieku i płci. Stosunek kreatyny mięśnia komory lewej do prawej wynosi około 1,4. Ilość kreatyny, którą stwierdza się w sercach ludzi zmarłych na różnego rodzaju niedomogi mięśnia sercowego i wady, jest zawsze znacznie niższa, niż w sercach ludzi zdrowych (spadek o co najmniej 50%). W pracy brak niestety danych oddzielnych dla kreatyny wolnej i ufosforylowanej.
T. Mann (Cambridge).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Rola krwiotwórcza żołądka. C. GUILLAUME. Arch. Mal. App. Digest. T. 26. Nr 9.

Jeżeli badać krew chorych z częściowo wyciętym żołądkiem, po upływie 1 roku do kilku lat, stwierdza się w pewnej liczbie przypadków niedokrwistość niedobarwliwą. W przypadkach, w których niedokrwistość była bardziej zaznaczona, występowała bezsoczność, brak kwasu solnego, zmiany na języku i w jamie ustnej, trudności w połykaniu, słowem niedokrwistość niedobarwliwa bezsoczna typu Fabera. Fasiani i Chiatellino stwierdzili po częściowym wycięciu żołądka około 20% przypadków niedokrwistości niedobarwliwej bezsocznej. Inni chirurdzy stwierdzili jeszcze większy odsetek ciężkiej niedokrwistości niedobarwliwej. Wszyscy podkreślają, że niedokrwistość ta występuje o wiele częściej u kobiet operowanych, niż u mężczyzn. Po całkowitym wycięciu żołądka, stosowanym przy raku żołądka, Fasiani i Chiatellino stwierdzili na 29 operowanych, którzy byli operowani w dwa lata po zabiegu, 12 przypadków niedokrwistości ciężkiej, typu złośliwego. Ważne jest, że niedokrwistość jest w tym wypadku nadbarwliwą i występuje w 2—3 lata po zabiegu. Morawitz stwierdził w trzech przypadkach całkowitego wycięcia żołądka w jednym przypadku niedokrwistość złośliwą, w jednym aplastyczną, a w jednym niedobarwliwą. U zwierząt po całkowitym wycięciu żołądka przychodzi do niedokrwistości niedobarwliwej, zaś nigdy do nadbarwliwej. Te fakty nie potwierdzają w zupełności teorii Castle'a, gdyż obok wycięcia żołądka potrzebne jest widocznie działanie jednego lub kilku czynników pozażołądkowych nieznanych; na uwagę zasługuje to, że niedokrwistość złośliwa występowała tylko u pewnej liczby operowanych, i to przeważnie u kobiet.

Autor dochodzi do wniosku, że nawet rozległe wycięcie żołądka, uniemożliwiające wydzielanie hormonu Castle'a, nie jest czynnikiem wystarczającym do wytworzenia niedokrwistości, która w dodatku nie jest zawsze typu Biermera. Wycięcie żołądka wywołuje zatem przede wszystkim bezsoczność, lecz sama bezsoczność nie wystarcza do wywołania niedokrwistości. Istnieje zatem, obok czynnika żołądkowego, nieznany czynnik pozażołądkowy. *M. Scheps* (Lwów).

O sztucznej odmie śródpiersia. A. FRANCAVIGLIA. Rass. Intern. Clin. Ter. Nr 20. 1936.

Badanie rentgenologiczne śródpiersia natrafia częstokroć na wielkie trudności. Wprowadzenie np. abrodilu do śródpiersia, od strony dołka jarzmowego, nie przyjęło się w praktyce. Natomiast odma śródpiersia, wprowadzona przez Condorelli'ego, stanowi

wybitny postęp w zakresie rozpoznania schorzeń śródpiersia. Odznacza się: 1) łatwością wykonania, 2) nieszkodliwością, 3) wyrazistością konturów narządów śródpiersia.

Condorelli wykazał, że śródpiersie przedzielone jest przegrodą włóknistą na dwie części, przednią i tylną. W przednim śródpiersiu leżą: żyła czcza górna, żyły ramieniowe, dogłowowe, tętnica główna wstępująca, początek łuku tętnicy głównej i grasica. W dole worek osierdziowy. W tylnym śródpiersiu: przewód piersiowy wspólny, część tylna łuku tętnicy głównej i jej trzy odgałęzienia, tętnica główna zstępująca, przełyk, nerwy błędne, tchawica i jej rozgałęzienia, gruczoły tchawicowe, oskrzelowe, tętnica i żyły płucne. Obie części śródpiersia można wypełnić z osobna, gdyż nie komunikują z sobą. Autor podaje technikę wykonania odmy śródpiersiowej przedniej i tylnej. Odmę śródpiersiową przednią wykonuje się w sposób następujący:

Chory leży na wznak, wkłuwa się igłę cienką, długą na 8—10 cm w okolicy dołka jarzmowego w linii środkowej, posuwając się wzdłuż tylnej ściany mostka 3 cm w głąb. Po czym strzykawką upewniamy się, czy nie zraniono naczynia, a następnie wprowadza się powietrze przy pomocy aparatu do odmy.

Przy odmie tylnego śródpiersia, chory leży, jak poprzednio, wbija się igłę na wysokości 2 palców powyżej dołka jarzmowego, dochodzi się do tchawicy a następnie wzdłuż tchawicy posuwamy igłę ku dołowi, na odległość 2 cm od brzegu dołka jarzmowego. Potem wprowadzamy powietrze. Można wprowadzić 400—500 cm³ bez najmniejszej szkody dla ustroju.

Najlepsze wyniki osiągnięto tą metodą przy badaniu schorzeń osierdziowo-śródpiersiowych, grasicy, guzów śródpiersia, tętnicy głównej. *M. Scheps* (Lwów).

Nutromalt w przypadkach zaburzenia trawienia i upośledzenia odżywienia u niemowląt. Br. KNICHOWIECKI. Warsz. Czasop. Lek. Nr 22. 1937.

Autor omawia na wstępie znaczenie różnego rodzaju cukrów przy sztucznym odżywianiu niemowląt. W Domu Wychowawczym dla Niemowląt w Łodzi (którego dyrektorem jest autor), stosuje się od dłuższego czasu cukier leczniczy pod nazwą Nutromalt, będący połączeniem maltozy z dekstryną, produkowany przez Fabrykę Chem. Farm. Dr A. Wander, S. A. w Krakowie. Nutromalt zawiera około 31% maltozy, 67% dekstryny i 0,5% soli kuchennej. Cukier ten nie fermentuje zupełnie i działa silnie hamująco na wszelkiego rodzaju biegunki u niemowląt. Nutromalt podaje się zarówno łącznie z innymi mieszankami leczniczymi (w mleku białkowym, w maślance itp.), jak i w rozcieńczonym mleku krowim u niemowląt zupełnie zdrowych, zamiast cukru zwyczajnego, w ilości, nawet ponad 10%. Nutromalt bowiem nie wywołuje fermentacji, jak cukier zwyczajny, i jest bardzo łatwo przyswajany przez niemowlęta, nawet w dużych dawkach.

W przypadkach zaburzeń jelitowych, połączonych z silnymi biegunkami i wymiotami na tle fermentacji i złego trawienia, Nutromalt okazał się nadzwyczaj dzielnym środkiem, usuwającym biegunki i wymioty już w ciągu 2 — najdalej 3 dni. Zaznaczenia godnym jest fakt szybkiej poprawy samopoczucia, przyrostu na wadze oraz dalszego rozwoju dziecka. Również w przypadkach dystrofii, niedożywienia itp. dzieci, które przy zastosowaniu zwykłego cukru nie przybierały na wadze, po zmianie cukru na Nutromalt (5—7—10%), wzmacniały się w bardzo krótkim czasie i przybierały znacznie na wadze (do 50 g dziennie). Na podstawie tych wyników i obserwacyj w ponad 40 przypadkach, autor stwierdza, iż Nutromalt oddaje nieocenione usługi we wszystkich przypadkach wzmożonej fermentacji, nieżytów jelit, zatrucia na tle pokarmowym, niedorozwoju itp. Ponieważ i w dużych dawkach (ponad 10%) Nutromalt nie powoduje żadnych ubocznych działań, obserwowanych przy cukrze zwyczajnym, autor uważa Nutromalt za odżywkę, bez której obejść się jest trudno. *L. Gries* (Kraków).

Przyczynek do patologii i terapii przewlekłych zapaleń wielostawowych w wieku dziecięcym. Ludevit BILLES. Praktičký Lekar. Rocznik XI. Nr 16. Str. 357—360. 1935.

Leczenie ostrego i przewlekłego gośćca wielostawowego rozpada się na trzy grupy: 1) chemiczną, 2) fizykalną i 3) balneologiczną.

Ad 1) Preparaty salicylowe, szczególnie przy napadach silnych bólów, są mało skuteczne. Nadają się one w przypadkach przewlekłych. Związki fenylcynchoninowe (atofan, atofanyl, atochinol) nadają się do uśmierzania bólów; zwłaszcza atochinol, który autor dokładnie badał, jest tu specjalnie wskazany, gdyż nie drażni żołądka i jest dobrze znoszony przez dzieci. Miejscowo 20% maść ichtiolowa. W poszczególnych przypadkach w grę wchodzi kolargol, sanarthrit, glukonat wapnia, autowakcyny z migdałków i autohemoterapia.

Ad 2) Leczenie fizykalne obejmuje diatermię, naświetlanie lampą Sollux, gorące powietrze.

Ad 3) Leczenie kąpielami przeprowadzone było przez autora w Piszczanach i obejmowało przewidziane tam zabiegi (kąpiele mineralne, kąpiele błotne, okłady z błota).

Dzięki przeprowadzonemu w powyższy sposób leczeniu, udało się zupełnie wyleczyć 70% przypadków. *W. Kurowski* (Warszawa).

W sprawie leczenia Rezylem schorzeń narządu oddychania. W. KNOPP. Deutsche med. Wocheschr. Rocznik 62. Nr 5. Str. 182—193. 1936.

Autor stosował Rezyl w postaci syropu i w kroplach (krople wprowadzone są tylko w Niemczech), w następujących schorzeniach: gruźlica z silnym kaszlem, nieżyt oskrzeli, odoskrzelowe zapalenie płuc, krztusiec, nieżyt krtani itp.. Pod wpływem Rezylu słabły napady kaszlu, zaś wydzielina ulegała rozwodnieniu, co przy wykrztuśnym działaniu preparatu, ułatwiało jej wydalanie. Co do dawkowania, to u dorosłych zaleca 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej syropu lub po 20 kropel, u dzieci 3—4 razy dziennie po łyżeczce od herbaty syropu lub po 10—15 kropel. *Fr. Sienicki* (Warszawa).

Próby leczenia fityną. B. SUSAN. Romania Medicala. Rocznik 13. Nr 8. Str. 116. 1936.

Fityny nie można uważać za środek specyficznie działający w gruźliczych schorzeniach kości, stawów, płuc i gruczołów. Autor mimo to zaznacza, na podstawie przeszło 50 przypadków, że fityna działa pobudzająco na ustrój. Zaleca ją we wszystkich gruźliczych schorzeniach oraz stanach charakteryzujących się zanikiem i łamliwością kości. U ozdrowieńców jest dobrym środkiem wzmacniającym, pobudza przemianę materii i poprawia łaknienie. *Fr. Sienicki* (Warszawa).

Chemoterapia zakażeń paciorkowcowych w świetle spostrzeżeń klinicznych. K. DOBIECKI. Medycyna. Nr 9. 1937.

Na materiale oddziału zakaźnego i róży Szpitala św. Stanisława w Warszawie, autor stosował leczenie Antistreptyną. Obserwacje dotyczą 340 przypadków róży i 8 przypadków płonicy, leczonych Antistreptyną w postaci tabletek. Wiek chorych, umiejscowienie zmian chorobowych oraz nasilenie objawów, były bardzo rozmaite.

We wszystkich przypadkach róży Antistreptina powodowała spadek ciepłoty już w ciągu 24—48 godzin; jednocześnie zaznaczała się wybitna poprawa ogólnego samopoczucia chorych. Zmiany skórne zaczynały ustępować zwykle następnego lub trzeciego dnia po spadku gorączki.

W związku z krytycznym nieraz spadkiem ciepłoty, autor nigdy nie widział żadnych zaburzeń, zwłaszcza osłabienia serca, występujących często przy dawniej stosowanych metodach leczenia (mleko, propidon, autohemoterapia).

W przebiegu posocznicy wikłającej różę, która dotąd była powikłaniem bezwzględnie śmiertelnym, dzięki Antistreptynie obniżono śmiertelność o jedną trzecią (na 9 przypadków 3 wyleczenia).

Szczególniej wyraźnie zaznacza się działanie Antistreptyny w wieku niemowlęcym. Statystyka Szpitala św. Stanisława za ostatnich 5 lat wykazuje w przebiegu róży u niemowląt do 2-go roku życia 42,4% śmiertelności.

W ostatnim roku po zastosowaniu Antistreptyny odsetek śmiertelności spadł do 11,1%.

W przebiegu płonicy stosowano Antistreptynę w 8 przypadkach powikłanych zapaleniem stawów, podrażnieniem wyrostków sutkowych i zropieniem gruczołów chłonnych. W 6 przypadkach po 3—4-dniowym podawaniu leku wystąpiła wybitna poprawa.

W dawkowaniu kierowano się nasileniem zakażenia, objawami miejscowymi i wiekiem chorego. Przeciętnie podawano od pół do 6 tabletek Antistreptyny dziennie. Dzięki brakowi jakichkolwiek własności smakowych oraz zabarwienia, lek jest dobrze i bez przykrości znoszony przez chorych.

Żadne przeciwwskazania do stosowania Antistreptyny nie istnieją.

Mimo, że w przebiegu choroby chorzy pobierali nieraz bardzo duże ilości leku, nigdy nie zaobserwowano żadnego ujemnego wpływu na narządy oddychania, krążenia, przewód pokarmowy i nerki.

Zestawiając wyniki swych spostrzeżeń, opartych na 348 przypadkach, autor stwierdza, że Antistreptyna jest lekiem swoistym w przebiegu róży i wykazała wybitne działanie w spostrzeganych przypadkach płonicy.

Zdaniem autora winna Antistreptyna znaleźć również zastosowanie w zapobieganiu zakażeniom.

Choroby skórne i weneryczne.

Olej dziurawcowy w schorzeniach skóry. H. PASTWA. Medycyna. Nr 9. 1937.

Autor, opierając się na spostrzeżeniach Leclerca, który przypisuje olejowi z dziurawca *(Hypericum perforatum)* własności przeciwzapalne, oraz miejscowo-znieczulające, zastosował go w 30 przypadkach różnych schorzeń skórnych *(ulcera cruris, epidermomycosis, eczema, lichen ruber planus i inne).* Stosowanie oleju z dziurawca, pod postacią okładów, usuwa stany zapalne, oraz wpływa wybitnie przeciwswędząco i pod tym względem przewyższa znacznie inne znane środki.

St. Malczyński (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Ocalmy młodzież. KALINOWSKI. Trzeźwość. Rok XII. Nr 4. 1937.

Autor, prezes Towarzystwa „Trzeźwość". w przemówieniu swym, wygłoszonym na uroczystej inauguracji Kursu przeciwalkoholowego pod hasłem „Ocalmy młodzież" (Kraków, 5 kwiecień 1937), zwraca uwagę na szerzenie się wszelkiego rodzaju narkomanii między uczącą się młodzieżą, poczynając od małych dzieci. Następnie Kalinowski podaje garść interesujących szczegółów dotyczących mającego się odbyć w tym roku między 12 a 17 września w Warszawie XXI Międzynarodowego Kongresu Walki z Alkoholizmem.Przygotowania do kongresu warszawskiego są w pełnym toku. Komitetowi organizacyjnemu przewodniczy doświadczony na terenie międzynarodowym, minister Dr Chodźko. W ramach tego ogólnego Zjazdu obradować będą zjazdy specjalne (Międzynarodowy Katolicki Kongres abstynencki i in.). Na terenie światowym przygotowania do kongresu prowadzi Dr Hercod w Lozannie. gdzie jest stałe Biuro Międzynarodowe do walki z alkoholizmem. *Bieliński* (Lwów).

Profilaktyka przeciwprzestępcza i akcja przeciwalkoholowa. S. CZERWIŃSKI. Trzeźwość. Nr 4. 1937.

Akcja przeciwalkoholowa stanowi jeden z głównych czynników profilaktyki przeciwprzestępczej. Alkoholizm jest niewątpliwie chorobą, dla uniknięcia której jednak nie stosuje się w ogóle odpowiednich środków zapobiegawczych, jak w innych chorobach. Zagrożeni inną chorobą (szczególnie tzw. „społeczną" jak np. gruźlica), są zazwyczaj otoczeni specjalną opieką lekarską i mają możność zahamowania dalszego rozwoju choroby, natomiast osób używających napojów spirytusowych, osób, którym grozi rozpicie się, społeczeństwo w ogóle nie stara się ochronić przed tym strasznym nałogiem, nie stara się wydzielić z dotychczasowego środowiska, a dopiero, gdy stają się niebezpieczni dla społeczeństwa, już jako przestępcy karni, umieszcza się ich w więzieniu lub, rzadziej, w zakładzie leczniczym.

Z. Bieliński (Lwów).

Alkoholizm i moralność. M. SOPOĆKO. Trzeźwość. Nr 4. 1937.

W referacie wygłoszonym na Kursie Alkohologii w Wilnie (11 marca 1937), wypowiada autor cały szereg interesujących zdań, przede wszystkim dotyczących wpływu alkoholu na przestępczość. Godna uwagi jest statystyka wileńska, dotycząca tego zagadnienia. Okazuje się mianowicie, iż w roku 1935 na terenie wileńskim liczba przestępców, którzy popełnili czyn przestępczy w stanie nietrzeźwym, w stosunku do ogółu ukaranych przestępców, z kwartału na kwartał powoli się zmniejszała, podczas gdy w roku 1936 odsetek ten zaczął stale się zwiększać. Sopoćko, który jest księdzem, przeprowadza swoje rozumowania, stojąc — oczywiście — na gruncie katolickim, dlatego też niektóre zdania, w rodzaju „usunięcie alkoholu jest koniecznym etapem do przygotowania miejsca na działanie łaski", są zrozumiałe tylko dla wierzących katolików. Szczególną uwagę zwraca autor na abstynencję kierowników (działaczy) społecznych i na pracowników w sprawie szerzenia trzeźwości.

Z. Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Protokół XXVI zebrania z dnia 23 października 1936 r.

Po zagajeniu zebrania przez prezesa kol. Kapuścińskiego, nastąpił wybór wicesekretarza w osobie kol. Pawła Chojnackiego.

Kol. I. Hoffman (czł. wydziału): *„Genetyka płci i międzypłciowość".* (Streszczenia wykładu nie nadesłano).

Kol. W. Węsław: *„Hormonologia płci i międzypłciowość".*

Problem międzypłciowości jest interesujący w współczesnej biologii, wiąże się bowiem ściśle z zagadnieniami czystej genetyki i w wielu przypadkach daje możność głębokiego wniknięcia w mechanizm cytologiczny determinacji i różnicowania się płci, a z drugiej strony otwiera szerokie pole do dynamicznego, ściśle mówiąc, biochemicznego ujęcia spraw kształtowania się pewnych somatycznych i psychicznych cech ustroju oraz zaburzeń, jakim te sprawy mogą ulegać i dlatego posiada doniosłe znaczenie z tej właśnie dynamicznej strony zagadnienia, głównie u wyższych kręgowców i człowieka, uwzględniając spostrzeżenia klinicystów, anatomopatologów i zoologów, zwłaszcza zaś skierowując uwagę na badania eksperymentalne w zakresie międzypłciowości hormonalnej.

W gruncie rzeczy nawet międzypłciowość genotypowa, zygotyczna, polegająca na zakłóceniu normalnej przewagi genu F lub M (decydującej o charakterze płci) na korzyść genu płci odmiennej, jest zjawiskiem biochemicznym, geny bowiem w ogóle należy uważać za ośrodki reakcyj kształtotwórczych (morfogenetycznych). Tego rodzaju międzypłciowość wspólna bezkręgowym i kręgowcom, u ssaków i człowieka występuje niemal zawsze w postaci *intersexualismus femininus* przy czym osobnik płci żeńskiej tym bardziej nabiera cech męskich, im wcześniej ujawnia się anormalna przewaga genu M, czyli tzw. punkt zwrotny Goldschmidta. Stare, nieraz jeszcze używane, pojęcie „obojnactwo" *(hermaphroditismus)* tego lub innego typu winno być zaniechane, jako termin opisowy bez istotnej treści i wprowadzający raczej zamęt; we współczesnym ujęciu, wszystkie niemal przypadki „obojnactwa" u ludzi i ssaków, odpowiadają międzypłciowości żeńskiej, istnienie zaś międzypłciowości męskiej oraz gynandromorfizm w tej gromadzie kręgowców nie są jeszcze należycie ustalone, a w każdym razie stanowią wyjątkową rzadkość.

U kręgowców, u których istnieją hormony płciowe zarodkowe i ostateczne, wydzielane przez gonadę i kierujące dalszym kształtowaniem się zdeterminowanej już genotypowo płci, jest możliwa międzypłciowość hormonalna, która u bezkręgowych zasadniczo nie zachodzi, bądź też zjawia się w szczególnych przypadkach pod wpływem pasożytów *(intersex. parasitarius* u owadów i kraba *Inachus)* lub pewnych zewnętrznych czynników fizykochemicznych (u robaka *Bonelia).*

Istnienia hormonów płciowych zarodkowych o typie hormozonów Gley'a u kręgowców dowodzą doświadczenia z parabiozą kijanek lub przeszczepianiem zarodkowej gonady (Burns, Witchi, Humphrey), które umożliwiły uzyskanie międzypłciowości lub całkowitego odwrócenia płci (z zachowaniem oczywiście pierwotnej konstytucji genotypowej), jako też przypadki samorodnej międzypłciowości typu *intersex. femininus* u ssaków, zwłaszcza cieląt, w przypadkach dwujajowej ciąży przy zrośniętych ze sobą łożyskach. Rewelacje stanowią najnowsze dane doświadczalne (W. Danczakowa, E. Wolff i A. Glinglinger, 1936), uzyskane na kurach i przez podawanie zarodkom chemicznie czystych hormonów płciowych ostatecznych (estron, androsteron). Otrzymanie w tym przypadku interseksów żeńskich i męskich zdaje się przemawiać za tym, iż wbrew poglądom wybitnych genetyków, jak Goldschmidt na przykład, działanie kształtotwórcze hormonów płciowych ostatecznych i w dodatku pochodzących z innej gromady kręgowców (od ssaków), nie różni się zasadniczo od działania hormonów płciowych zarodkowych. Należy jednak zaznaczyć, iż na ssakach na razie podobnych wyników uzyskać się nie dało (W. Dańczakowa), co zaś do ptaków, to objawiają one pewne osobliwości w ukształtowaniu gonad.

U ludzi międzypłciowość hormonalna, fenotypowa, niemal zawsze *intersex. femininus,* dotyczy wyłącznie trzeciorzędnych cech płciowych (narządy płciowe zewn., gruczoły mleczne, uwłosienie, psychika itp.) i może być spowodowana nowotworami dobrotliwymi i złośliwymi o charakterze *arrhoenoblastoma s. adenoma testiculare ovarii* lub *folliculoma (Granulosazellentumor),* a wreszcie, rzecz osobliwa, nowotworami lub tylko przerostami istoty korowej nadnercza *(hypernephroma).* Ostatnio wymienione zjawisko jest jeszcze mało zrozumiałe, a tym ciekawsze, iż niekiedy *hypernephromata* powodują, aczkolwiek niezmiernie rzadko, *feminisatio* mężczyzn lub też tylko *pubertas praecox.* Dodajemy, iż ostatnio Reichstein oraz Halder (1936) uzyskali wyciągi z kory nadnercza, posiadające działanie maskulinizujące. Wreszcie guzy przysadki (najczęściej gruczolaki kwasochłonne) — narządu o stanowisku nadrzędnym w stosunku do innych gruczołów dokrewnych — mogą powodować pośrednio, możliwie za pośrednictwem istoty korowej nadnercza, międzypłciowość hormonalną typu żeńskiego. Co się tyczy mechanizmu międzypłciowości hormonalnej, to niewątpliwie jest ona związana z konstytucją genotypową danego odcinka i zależy od słabego zbilansowania genów F i M, skutkiem czego czynniki hormonalne stosunkowo łatwo powodują

uczynnienie i przewagę ukrytego, zahamowanego genu płci przeciwnej — zjawisko, które J. Bauer (1935) dowcipnie określa „ochroną mniejszości". Powyższe tłumaczenie wyjaśnia, dlaczego np. nie w każdym przypadku *hypernephroma* występują zmiany cech płciowych.

Dyskusja:

Kol. Stöckl (członek Wydziału): Badanie wpływu czynników hormonalnych na kształcenie się i dalszy rozwój znamion płciowych wykonane zostały przez licznych badaczy, zwłaszcza ginekologów. Pomijając wyniki tych badań osiągniętych u ptaków, tworzących swoisty materiał doświadczalny, podkreślić należy, że próby wywierania wpływu na znamiona płciowe ssaków za pomocą hormonów dawały wyniki niepewne. Uzyskanie pewnego okresu niepłodności (sterylizacja hormonalna) okazało się np. u królików możliwe. U kobiety wszystkie te próby pozostały bez skutku. Nadmienić należy, że stosowanie jedynie części hormonów płciowych, tj. folikuliny lub androsteronu, nie wyczerpuje możliwości hormonalnego wpływu na cechy płciowe. Uwzględnić należy również działanie luteohormonu i przede wszystkim tzw. hormonów gonadotropowych przedniego płata przysadki mózgowej na rozwój płci. Pod tym względem brak zupełnie danych, a nadzieje hormonalnej regulacji płci u człowieka i ssaków w ogóle są na razie zupełnie pozbawione realnej podstawy.

Co się tyczy wydzielania hormonów płciowych w przypadkach pewnych nowotworów jajnikowych *(dysgerminoma)* lub jądrowych zaznaczyć trzeba, że hormony stwierdzono też w innych nowotworach złośliwych, a obfite wydzielanie tych hormonów w moczu kobiet cierpiących np. na raka szyjki macicznej i na nabłoniaka kosmówkowego jest zjawiskiem powszechnie znanym.

Kol. Bross (członek Wydziału): Zagadnienia poruszane przez referentów są niezwykle interesujące. Opierając się na piśmiennictwie, stwierdził prof. Hoffman, że decydującym czynnikiem siły kształtotwórczej jest zaczyn i wywiódł stąd teorię fizykochemiczną. Tak prostą jednak sprawa nie jest. Jak z jednej strony brak dostatecznych dowodów na to, że siłą tą istotnie jest jakiś zaczyn, tak z drugiej strony teoria fizykochemiczna przypomina bardzo poglądy mechaniczne, które, witane z entuzjazmem w ubiegłym wieku, nie wytrzymały próby czasu.

Do referatu Doc. Węsława nadmieniam, że chodzi zawsze o pewną korelację gruczołów dokrewnych, nie tylko o wyłączny wpływ nadnerczy. O roli przysadki mózgowej wspomniał już Doc. Stöckl. Odgrywają tu poza tym rolę bez wątpienia i inne jeszcze gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym, wymienię choćby grasicę, której wybitny wpływ na rozwój płciowy jest znany.

W odpowiedzi kol. Węsław: W wykładzie podkreśliłem doniosłość badań biologów eksperymentatorów, którzy w sposób niedwuznaczny dowiedli u kręgowców, a w szczególności u ssaków, istnienia hormonów płciowych zarodkowych, a ostatnio wkroczyli na tory bliższego poznania tych ciał, zestawiając ich działanie z działaniem hormonów płciowych ostatecznych. Spostrzeżenia klinicystów, m. in. ginekologów, znakomicie uzupełniają te dane, głównie w odniesieniu do hormonów płciowych ostatecznych oraz ujawniają niezmiernie interesujący fakt maskulinizacji w pewnych przypadkach nadnerczaków, którą to sprawę podjęto ostatnio z powodzeniem na terenie eksperymentalnym. O wpływie hormonu ciałka żółtego na cechy płciowe, na razie dane są jeszcze skąpe i niepewne, aczkolwiek niektóre fakty z dziedziny patologii doświadczalnej (Steinach i Kun, Stewart i Rogoff) wskazują wyraźnie na uderzającą współzależność czynnościową pomiędzy ciałkiem żółtym a istotą korową nadnercza. Co do hormonów gonadotropowych przysadki, to, jak powszechnie wiadomo, działają one pośrednio, czyli w ostatecznej analizie sprawa sprowadza się do wpływu hormonów płciowych właściwych, czy też specjalnego hormonu istoty korowej nadnercza (por. Bergstrand oraz Kraus, 1934).

Z przedstawionych przeze mnie wiadomości o zasięgu i charakterze działania substancyj kształtotwórczych płciowych pierwotnych, wtórnych i ostatecznych — wypływa jako logiczna konieczność, poparta zresztą licznymi faktami, wniosek, iż zmiana cech płciowych *post partum* pod wpływem podawania odpowiednich hormonów, może dotyczyć najwyżej cech trzeciorzędnych, nigdy zaś pierwotnych (gonady) lub wtórnych *(genitalia interna)*. Inaczej sprawa przedstawia się, gdy hormony płci odmiennej zaczynają wpływać na ustrój we wczesnym okresie zarodkowym, lecz i w podobnych przypadkach bardzo wybitnego nieraz interseksualizmu hormonalnego, fenotypowego do całkowitego odwrócenia płci nigdy niemal nie dochodzi. Takie odwrócenie zostaje urzeczywistnione zasadniczo tylko w przypadkach międzypłciowości zygotycznej, genotypowej, której inne, słabsze stopnie dotąd jeszcze pokutują nieraz w nomenklaturze klinicznej i anatomopatologicznej pod błędną nazwą obojnactwa *(hermaphroditismus)*. Dopiero badania biologów wyświetliły należycie tę sprawę, ustalając i rozgraniczając ściśle pojęcie monocesyzmu, gynandromorfizmu i interseksualizmu zygotycznego oraz hormonalnego.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego odbytego w Sosnowcu dnia 18 listopada 1936 r.

1. *Pokazy:*

1) Kol. Nasiłowski *przedstawia dziecko 5-miesięczne leczone z powodu choroby Heine-Medina.* (Streszczenia nie nadesłał).

2) Kol. Kozłowski *pokazuje dwie chore po operacji z powodu krótkowzroczności.* (Streszczenia nie nadesłał).

3) Kol. Ficenes: *Przypadek metropatii krwotocznej.* (Streszczenia nie nadesłał).

4) Kol. K. Zahorski: *Niezwykłe stwardnienie tętnicy głównej u 42-letniego osobnika.* (Pokaz preparatu). (Streszczenia nie nadesłał).

5) Kol. M. Trawiński: a) *omawia i pokazuje 5 przypadków, operowanych doszczętnie z powodu raków żołądka.* Jeden z tych przypadków trwa od pięciu lat, drugi od półtora roku, trzeci i czwarty od jednego roku, ostatni operowany przed 3 miesiącami. Podkreśla konieczność wczesnego rozpoznania i wczesnej operacji.

W ogóle chorzy z rakami żołądka trafiają na Oddział Chirurgiczny w Sosnowcu zbyt późno. Od 1929 roku w 23 przypadkach raka żołądka wypadło ograniczyć się jedynie do próbnego otwarcia jamy brzusznej; były to przypadki nie nadające się już do operowania. W 4 przypadkach dokonano zabiegu paliatywnego — zespolenia żołądkowo-jelitowego. Zabieg doszczętny można było wykonać w 10 przypadkach: u 5 wyżej wymienionych chorych i 5 innych, którzy zmarli w rozmaitych odstępach czasu po zabiegach.

b) Pokazuje dwóch mężczyzn w wieku lat 23 i 26, z których jeden przed dwoma laty, a drugi przed półtora rokiem mieli dokonaną torakoplastykę z powodu gruźlicy płuc. W obu przypadkach była to torakoplastyka prawostronna górna, z powodu dużych jam w płatach górnych. W jednym przypadku usunięto 7, a w drugim 8 żeber górnych wraz z pierwszym. Operowano sposobem Rou-Picot, po którym pozostaje względnie niewielka blizna i sposób ten nie pociąga za sobą żadnych szpecących zmian w układzie pasa barkowego itp. Obaj ci operowani obecnie mają dobry wygląd, nie gorączkują, nie prątkują, czują się dobrze; od dawna pracują. Kontrolne badania rentgenowskie wykazują, że jam nie ma. Chorzy ci pozostają w dalszym ciągu pod obserwacją lekarską.

2. Kol. M. Trawiński wygłasza referat: *„Stan obecny chirurgii płuc"*. (Streszczenia nie nadesłał).

Na tym zebranie zakończono.

Prezes: *Dr Z. Kotarski.*
Sekretarz: *Dr I. Lipnicki.*

Protokół zebrania naukowego odbytego w Sosnowcu dnia 16 grudnia 1936 r.

1. *Pokazy:*

1) Kol. Nasiłowski *przedstawia przypadki zakażenia gruźliczego niemowląt.* (Z Ośr. Leczn. chorób dzieci Ubezp. Społ. w Sosnowcu). (Streszczenia nie nadesłał).

2) Kol. Molicki: a) *Odma obustronna w przypadku bardzo rozległych zmian gruźliczych.*

b) *Wybitny rozwój tkanki włóknistej w krótkotrwałej odmie obustronnej.* (Streszczenia nie nadesłał).

3) Kol. Zamieński *przedstawia przypadek gruźlicy płuc leczony obustronną odmą i porusza sprawę zrostów, jako najczęstszych przeszkód leczenia odmą piersiową.* Omawia proces tworzenia się zrostów z punktu widzenia anatomii patologicznej, przyczyny ich powstawania, rodzaje patogenezy zrostów i te zasadnicze typy zrostów, które najczęściej stwierdzane są w leczeniu zapadowym. Jednocześnie przytacza odsetkowy stosunek tych przeszkód przed zabiegiem i po dokonanym zabiegu. W końcu podaje, że mimo tych zrostów opłucnowych odma piersiowa daje duży odsetek poprawy, a nawet i wyleczenia, a tłumaczy się to nie tylko działaniem uciskowo-mechanicznym, lecz wpływem na zmiany w krążeniu krwi i chłonki, co sprzyja bujaniu łącznotkankowemu i w następstwie gojeniu się zmian swoistych.

2. Kol. N. Berdo (z Oddziału Chorób Płucnych Szpitala Miejskiego w Sosnowcu) omawia *„Wczesne postacie gruźlicy płuc u dorosłych"*.

Na wstępie podkreśla trudności rozpoznawcze niektórych wczesnych postaci gruźlicy płuc. Aby uniknąć często zgubnych skutków nieodpowiedniego rozpoznania, konieczne jest uzupełnienie badania fizykalnego w każdym przypadku badaniem radiologicznym, badaniem plwociny i badaniem krwi na odczyn Biernackiego. Przedstawia szereg seryjnych zdjęć rentgenologicznych. Omówiono w ten sposób postacie gruźlicy wysiękowej, więc nacieki wczesne, tzw. lobity, nacieczenia wzdłuż brózd międzypłatowych, postacie odwnękowe, omówiono pobieżnie patogenezę, rozpoznanie różniczkowe i los tych spraw chorobowych. W podobny sposób omówiono drugą dużą grupę wczesnych postaci gruźlicy płuc, rozwijających się z tak zwanych reinfektów, starych ognisk wierzchołkowych i postacie krwiopochodne. Na zakończenie podkreślono ważność jak najwcześniejszego rozpoznania gruźlicy zarówno dla leczenia, jak i ze względów społecznych.

W dyskusji zabierali głos kol.: Grabowska-Mromlińska, Zamieński, Broen, Mromliński, Osiński, Nasiłowski i Molicki.

Prezes: *Dr Z. Kotarski.*
Sekretarz: *Dr I. Lipnicki.*

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie roczne sprawozdawcze w dniu 22 lutego 1936 r.

Przewodniczy kol. prezes dr Łokczewski.

1. Kol. prezes, otwierając posiedzenie, zwrócił się z apelem do kolegów, aby więcej brali udział w pracach T-wa. Wielu z członków, przez opieszałość w płaceniu składek, zostało skreślonych z listy członków w myśl 23 § statutu. T-wo Lekarskie dawniej brało czynny udział w pracach społecznych przez urządzanie odczytów publicznych itp. imprezach.

Obecnie z różnych względów działalność społeczna T-wa jest zahamowana. Mimo to praca społeczna pochłonęła na terenie Częstochowy wielu lekarzy, jak np.: dra Nowaka, dra Marczewskiego, dra Biluchowskiego i innych. T-wo Lekarskie spełnia jednak swoje zadania, utrzymując na pewnym poziomie naukowym stan lekarski i naukę lekarską.

Zarząd T-wa jest zdania, że więcej kolegów winno należeć do T-wa Lek., a przede wszystkim koledzy pracujący w licznych instytucjach i na odpowiednich stanowiskach.

Kol. dr Szaniawski: T-wo Lek. Częstochowskie z prowincjonalnych towarzystw lekarskich jest jednym z czynniejszych i należenie do T-wa winno wyjść na dobro lekarzom.

Kol. dr Konar proponuje raz na kwartał zaprosić prelegentów, np. z Krakowa, i w ten sposób ożywić działalność T-wa.

Kol. dr Łokczewski uważa, że T-wo winno pobudzić do wydatniejszej pracy siły miejscowe.

Kol. dr Szwedowski: Znaczenie T-wa Lek. podniosło się, gdyż przy kwalifikacjach izby lekarskie będą brały pod uwagę, czy dany lekarz jest czynnym członkiem T-wa Lek. Nawiązując do przemówienia prezesa Z. L. P. P. Obwodu Częstochowskiego uważa, że wielu lekarzy pracuje społecznie w różnych instytucjach społecznych, lekarze ci jednak nie podkreślają swej przynależności do T-wa Lek. czy do Z. L. P. P.

Kol. dr Batawia i dr Kolin uważają, że na lekarzy nie należących do T-wa należy wywrzeć pewną presję.

2. Kol. prezes dr Łokczewski odczytuje korespondencję w sprawie budowy pomnika Adama Mickiewicza w Wilnie.

Następnie odczytano protokół z dnia 25 stycznia 1936 r., który przyjęto.

3. Sprawozdanie roczne z działalności T-wa za rok 1935:

Sprawozdanie sekretarza: W roku 1935 T-wo Lek. Częstochowskie liczyło 49 członków rzeczywistych i 26 członków honorowych. W roku sprawozdawczym nie przyjęto nowych członków. W ciągu roku ubyło: a) z powodu śmierci 3 członków: 1) dr Stawnicki Wojciech, 2) lek. dent. Gelbard Adolf, 3) Mag. farm. Nowak Edmund; b) z powodu wyjazdu jeden — dr Finkelstein.

W dniu 9 lutego 1935 r. do Zarządu T-wa zostali wybrani:
1) Kol. dr Łokczewski Kazimierz — prezes
2) Kol. dr Batawia Ludwik — wiceprezes
3) Kol. dr Grzybowski Czesław — sekretarz
4) Kol. dr Szaniawski Paweł — skarbnik
5) Kol. dr Frenkenberg Ignacy — bibliotekarz
6) Kol. dr Mikulski Wilhelm — członek Zarządu
8) Kol. dr Kon-Kolin Stefan — członek Zarządu

Do Komisji Rewizyjnej byli wybrani:
1) Kol. dr Petrykat Edwin
2) Kol. dr Szwedowski Stanisław
3) Kol. lek. dent. Gelbard Adolf.

Posiedzeń T-wa odbyło się 10 — w tym jedno specjalne, celem uczczenia pamięci śp. dra Karola Rożkowskiego.

Po wysłuchaniu sprawozdań skarbnika i bibliotekarza, udzielono Zarządowi absolutorium.

4. Wybory do Zarządu T-wa na rok 1936 dały wynik następujący:
1) Kol. dr Łokczewski Kazimierz — prezes (19 głosów)
2) Kol. dr Batawia Ludwik — wiceprezes (19 głosów)
3) Kol. dr Szwedowski Stan. — sekretarz I (18 głosów)
4) Kol. dr Hallemanowa — sekretarz II (17 głosów)
5) Kol. dr Frenkenberg Ign. — bibliotekarz (19 głosów)
6) Kol. dr Szaniawski Paweł — skarbnik (17 głosów)
7) Kol. dr Mikulski Wilhelm — członek Zarz. (20 głosów)
8) Kol. dr Borkowski Adam — członek Zarz. (18 głosów).

Do Komisji Rewizyjnej zostali wybrani:
1) Kol. dr Petrykat Edwin (20 głosów)
2) Kol. dr Konar Wacław (17 głosów)
3) Kol. dr Franke Alfred (19 głosów).

Do Rady Lekarskiej Ubezpieczalni Społecznej w Częstochowie, jako delegaci T-wa Lek. Częstochowskiego, zostali wybrani:
1) Kol. dr Petrykat Edwin — jako przedstawiciel medycyny zapobiegawczej;
2) Kol. dr Szaniawski Paweł — jako przedstawiciel T-wa Lekarskiego.

Na tym posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr Szwedowski.*
Dr Hallemanowa.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XIV posiedzenia naukowego odbytego dnia 8 maja 1936 w sali wykładowej Kliniki Neurolog. U. J. K.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Popielski *przedstawia chorą, u której wykonano resekcję żołądka z powodu raka. Z powodu silnej niedokrwistości dokonano u chorej przetoczenia krwi ze zwlok.*

2. Kol. Stanisława Adam-Falkiewiczowa *pokazuje i omawia przypadek polioencephalomyelitis z objawami myastenii.* 38-letnia kobieta, pozostaje w obserwacji klinicznej od blisko 2 miesięcy. Chora podaje w wywiadach, że obecna choroba trwa od maja 1935 r., początkowo zauważyła chora męczenie się i nużenie po pracy, którą dawniej wykonywała bez wysiłku, nie mogła pracować w polu, nie mogła daleko chodzić, początkowo po przejściu większego odcinka, później po kilkunastu krokach słabły nogi, chora musiała usiąść, nieraz upadała. Stan ten stale się pogarszał, od 3 miesięcy chora czuje się bardzo źle, prawie nie chodzi, upada już po kilku krokach, męczą się ręce, nie może pracować, ma trudności z jedzeniem, gdyż nie może żuć dobrze, słabną szczęki, ponadto skarży się na niestałe podwójne widzenie. Rankiem czuje się zwykle lepiej, a znacznie gorzej pod wieczór. Przy oglądaniu chorej uderza wygląd i wyraz jej twarzy, powieki lekko opadnięte, przymknięte oczy, zmarszczone czoło dla lepszego otwierania oczu, lekki zez zbieżny, opadnięte kąciki ust, co nadaje twarzy cierpiącego wyrazu — są to wszystko cechy tzw. twarzy myopatycznej; badaniem stwierdza się niedowład obu m. zewnętrznych prostych i lewego wewnętrznego, ku górze chora nie spoziera. Źrenice prawidłowe. Żwacze o małej masie, napinają się słabo. W zakresie nerwu twarzowego wyraźnie upośledzona czynność środkowej i dolnej gałązki obustronnie, chora słabo zamyka oczy, bardzo słabo odsłania zęby. W zakresie podniebienia i języka zmian nie ma, nie ma nosowego głosu ani wracania płynów nosem. W kończynach górnych i dolnych wyraźnych zaników ani drgań włókienkowych nie ma, tylko drobne mięśnie rąk zanikłe, co jednak odnieść można do tego, że od długiego już czasu chora nie może pracować. Ruchomość wyraźnie zaburzona w proksymalnych częściach kończyn, chora nie podnosi ramion, nie może unieść nóg z posłania; w innych stawach tak kończyn górnych, jak i dolnych ruchy prawidłowe, napięcie mięśni obniżone, siła bardzo obniżona. Odruchy okostnowe żwawe, również kolanowe, odruch Achillesa prawy żwawy, lewy zniesiony. Babiński w pierwszych dniach obserwacji kilkakrotnie dodatni, później szereg razy kontrolowany, stale ujemny. Wyraźny niedowład mięśni kręgosłupa, chora sama nie może usiąść, ani położyć się, gdyż pada całym ciężarem w tył, obraca się z wielkim wysiłkiem, trzymając rękami łóżka i to nie zawsze się jej udaje, mięśnie brzucha napinają się bardzo słabo. Zaburzeń czucia nie stwierdzono. Przy badaniu kilkakrotnym elektrycznym stwierdzono zmiany w pobudliwości niektórych mięśni, z przewagą skurczu przy anodzie (mięsień okrężny oka, mięsień trójgłowy ramienia lewego, zginacze przedra-

mienia lewego i innych). Reakcję myasteniczną, która polega na słabnięciu i wreszcie znikaniu skurczu przy tym samym wysokim prądzie, co jest wyrazem nużenia się mięśnia, stwierdzono raz tylko w prawym nerwie pośrodkowym i obu mięśniach dwugłowych ramienia. Przy dalszym kilkakrotnym badaniu kontrolnym, już tego objawu nie stwierdzono. Z badań dodatkowych odczyn Wassermanna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, obraz cytologiczny krwi normalny. Mocz bez składników chorobowych. Duże zmiany wykazuje płyn mózgowo-rdzeniowy, 42/3 limf., 15/3 leuk., próba Pandy'ego +++, Nonne-Appelta ++, odbarwienie solu złota głębokie w lewej połowie.

Rozpoznanie: podawane przez chorą w wywiadach skargi na ogólne osłabienie, szybkie męczenie się i nużenie, charakterystyczne lepsze samopoczucie rano i zmęczenie wieczorem, stałe postępowanie choroby, niestałe dwuwidzenie, są typowymi objawami myastenii. Stan przedmiotowy, z trwałym niedowładem mięśni ocznych, jednak brak wyraźnej reakcji myastenicznej przy drażnieniu prądem, a dalej zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego, zupełnie nie odpowiada temu rozpoznaniu. Można by myśleć o schorzeniu systemu mięśniowego — dystrofii, za czym przemawiałoby rozmieszczenie niedowładów w mięśniach kręgosłupa i proksymalnych mięśniach kończyn, przeczy temu brak wyraźnych zaników, niedowłady mięśni ocznych — nie należące do grupy dystrofii — i również zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. Pozostawałaby możliwość zmian zapalnych w ośrodkach ruchowych, w moście i rdzeniu, za czym mogłyby przemawiać zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, jakkolwiek przy trwaniu choroby od szeregu miesięcy dziwna jest wybiórczość zmian, ich ograniczenie wyłącznie do dróg i ośrodków ruchowych, brak wyraźniejszych zaników i drgań włókienkowych przy tak długim trwaniu choroby. Podłoża kiłowego nie można było przyjąć ze względu na brak danych w tym kierunku przy ujemnym Wassermannie krwi i płynu mózgowo-rdzen. i prawidłowym zachowaniu źrenic. Jak wynika z tego, nie można w tym przypadku ustalić pewnego rozpoznania; *polioencephalomyelitis* o nietypowym przebiegu, z objawami myastenii wydaje się najprawdopodobniejsza.

Prelegentka pokazuje na chorej korzystny wpływ wstrzykiwania prostygminy 0,0005 g + 0,0005 atropiny, po której chora porusza normalnie oczami, zmienia się wyraz jej twarzy, podnosi ramiona, porusza się, jak osoba zdrowa. Korzystne działanie prostygminy trwa kilka godzin, po czym znowu wraca stan poprzedni.

W dalszym ciągu pokazuje kol. Adam-Falkiewiczowa *dwa przypadki zakaźnego schorzenia układu nerwowego bez znanej etiologii.*

W pierwszym przypadku proces chorobowy zajmował opony mózgowe; klinicznie stwierdzono u 12-letniego chorego sztywność karku, znaczną limfocytozę w płynie, dodatnie odczyny białkowe, ujemny sol złota. Objawy wystąpiły ostro z gorączką, dreszczami, bólami głowy, opryszczką na wardze. Do trzech tygodni wszystkie objawy podmiotowe i przedmiotowe ustąpiły. Rozpoznano *meningitis serosa lymphocytaria benigna.*

W drugim przypadku, również u chłopca 12-letniego, pojawiły się naprzód parestezje w nogach i na tułowiu, potem w ciągu kilkunastu godzin stracił władzę w nogach, a w następnym dniu dołączyło się osłabienie rąk. Gorączkował do 38°. Stwierdzono w klinice sztywność karku, lekki oczopląs w prawo, lekki niedowład kończyn górnych z obniżeniem odruchów, zniesione odruchy brzuszne, zupełne porażenie kończyn dolnych ze zniesieniem odruchów i dodatnim obustronnie objawem Babińskiego. Zaburzenie czucia powierzchownego od D_3 w dół. W płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytoza 205/3, leukocytów 29/3, lekko wzmożone białko. Przyjęty do Kliniki przed 6 dniami, stan jego już się poprawia, poprawiły się kończyny górne, wróciły odruchy na nogach.

W przypadku tym rozpoznano *meningomyelitis infectiosa.* Przypadki takie dają na ogół prognozę dobrą, etiologia ich nie jest ustalona.

3. Kol. Jaburek L. *przedstawia przypadek opryszczki usznej w przebiegu ograniczonego zapalenia surowiczego opon mózgowych.*

W dyskusji przemawiali kol.: Kwiatkowski, Dobrzański, Rothfeld.

W odpowiedzi kol. Jaburek.

4. Kol. Teppa (z Oddziału Neurologicznego Szpitala Ubezp. Społ.) *przedstawił sprawę chorobową, przebiegającą pod obrazem guza mózgu.*

U 52-letniego mężczyzny wystąpiły w związku z upadkiem i urazem w potylicę w dniu 22 listopada 1935, bóle i zawroty głowy, pogorszenie wzroku i zaburzenie równowagi.

Przedmiotowo dnia 26 lutego 1936 stwierdzono: zaburzenie orientacji, ubytki pamięciowe, żywszy lewy odruch Achillesa, przy Rombergu i w czasie siedzenia padanie w lewo, przy chodzeniu zbaczanie w lewo. Na dnie lewego oka tarcza zastoinowa. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny, zdjęcie rentgenowskie czaszki bez zmian.

Dnia 28 lutego wystąpił u chorego krótkotrwały napad zamroczenia.

Dnia 4 marca wystąpiły objawy obrzęku mózgu: ciepłota 38,5°, wymioty, zamroczenie, oddech Cheyne-Stokesa, obustronne opadnięcie górnych powiek, większe na lewym oku, niezborność w kończynach górnych, dodatni objaw Babińskiego po prawej. Stan bardzo ciężki. Chory odksztusza duże ilości plwociny ropiastej.

Przedmiotowo: w płucach objawy nieznacznej rozedmy płuc i nieżytu oskrzeli.

Dnia 7 marca po dużych dawkach dożylnych glukozy i czopkach z eufiliny, wyraźna poprawa.

Dnia 9 marca w płynie mózgowo-rdzeniowym, poza nieco wzmożonym białkiem, brak zmian. Odczyn Wassermanna w płynie ujemny. Chory zaczyna pobierać wcierania rtęciowe.

W ciągu następnych tygodni ustąpiły wszystkie objawy podmiotowe i przedmiotowe, tak psychiczne, jak somatyczne, nie wyłączając tarczy zastoinowej.

Dnia 1 maja 1936 r. chory zgłasza się na Oddział drugi raz do kontroli, bez żadnych skarg, poza skargami na pogorszenie wzroku.

Przedmiotowo stwierdzono: drżenie zamiarowe i wzmożenie napięcia mięśniowego o charakterze pozapiramidowym w lewej ręce; tarcza lewego oka bledsza, o zamazanych brzegach, dno oka prawego prawidłowe. Badanie pola widzenia wykazuje na prawym oku *scotoma centrale absolutum.*

W lokalizacji ogniska chorobowego kol. Teppa zwraca uwagę na lewy płat czołowy, przedstawiając równocześnie trudności rozpoznawcze. W rozpoznaniu brano pod uwagę guz mózgu, jako też możliwość zapalenia mózgu i opon, nie wyłączając sprawy kiłowej *ex iuvantibus.*

5. Kol. Demianowska *omawia obraz kliniczny przypadku skurczu torsyjnego* (wyświetlenie filmu).

Sekretarz: Z. *Żurowski.*

Protokół XV posiedzenia naukowego odbytego dnia 15 maja 1936 r.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Jaburek wygłosił wykład pt. *„O układzie szczelin tkankowych mózgu i jego znaczeniu dla umiejscowienia się spraw chorobowych".*

2. Kol. Cieszyński wygłosił referat pt. *„Projekt Akademii Stomatologicznej w Warszawie reformy studiów w tejże uczelni w świetle ankiety międzynarodowej".*

W dyskusji zabrał głos kol. Węgrzynowski.

Sekretarz: Z. *Żurowski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 30 września 1936 r.

1. Kol. Itelson: *„Wskazania do usunięcia migdałków w związku z rozwojem nauki o gośćcu".* (Praca ukaże się w druku).

Wnioski:

a) Utrzymujące się zmiany w mięśniu sercowym gośćcowym stanowią bezwzględne wskazanie do usunięcia chorych migdałków. Zmiany te uwidaczniają się często tylko w obrazie EKG. Szybkość opadania krwinek czerwonych i ciepłota ciała mogą nie dawać odchyleń od normy;

b) Nawet krótkotrwałe nawroty zajęcia mięśnia sercowego po przebytych anginach, stanowią wskazanie do tonsilektomii, jako leczenia zapobiegawczego dla uniknięcia zmian na zastawkach;

c) Stany chorobowe należące do zespołu Jegorowa, przypadki utrzymującego się nadciśnienia po przebytej anginie wymagają usunięcia migdałków;

d) Utrzymujace się przypadki surowiczego zapalenia wątroby *(hepatitis serosa)* wymagają badania stanu migdałków i ewentualnego ich wyłuszczenia. Stanowi to leczenie przyczynowe, a nieraz zapobiegawcze w powstawaniu marskości wątroby gośćcowej.

Dyskusja.

Kol. Frenkiel: W przypadkach pląsawicy po wyłuszczeniu migdałków występują przejściowe zaostrzenia. Zapytuje, czy w przypadkach sercowych również dają się zauważyć te za-

ostrzenia? Czy poza zwężeniem ujścia żylnego lewego nie zauważył prelegent innych przeciwwskazań do tonsilektomii, np. czynne, swoiste sprawy w płucach.

Kol. Gliksman: Nie zawsze wyniki po wyłuszczeniu migdałków są takie dobre, często obserwować można przejściowe zaostrzenie stanów zapalnych. Należało by wspomnieć o rentgenoterapii migdałków. Hipertonia jednak musi mieć związek z cierpieniem nerek.

Kol. Smoleński: Czy migdałki usunięte były badane anatomopatologicznie i czy stwierdzono w nich zmiany chorobowe? Nie zawsze ropne stany zapalne migdałków powodują zmiany chorobowe w sercu.

Kol. Wołożyńska nie zauważyła, żeby zwężenie ujścia żylnego lewego dawało złe wyniki przy operacji i było przeciwwskazaniem do tonsilektomii.

Kol. Bender rozróżnia dwa typy zwężenia ujścia żylnego lewego; pierwszy — nerwowy, może stanowić przeciwwskazanie do tonsilektomii; drugi — nie należący do typu nerwowego — przeciwwskazania nie stanowi.

Kol. Imich: Materiał wyłuszczonych migdałków w Szpitalu im. Prez. Mościckiego obejmuje obecnie około 3.000 przypadków. Przy zwężeniu ujścia żylnego lewego należy być ostrożnym i powściągliwym z operacją, w przypadkach tych należało by raczej stosować rentgenoterapię. Obostrzenia przejściowe zdarzają się po operacji nie nazbyt często. Badania anatomo-patologiczne wyłuszczonych migdałków nie były wykonywane, jednak z piśmiennictwa wiadomo, że stwierdza się w nich zmiany przewlekło-zapalne.

Kol. Lewenfisz: Rentgenoterapia może wpływać tylko na sam przerost tkanki migdałkowej, ale nie na sprawę zapalno-ropną.

W odpowiedzi kol. Itelson:

a) Po usunięciu migdałków często występowały obostrzenia sprawy chorobowej (obrzęk stawów, podwyższenie ciepłoty), lecz już po upływie 3—4 dni występowała znaczna poprawa i dalsze leczenie małymi dawkami piramidonu szybko doprowadzało do ustępowania zmian chorobowych. Wspomniane obostrzenie wskazuje również na związek między migdałkami a zmianami gośćcowymi w mięśniu sercowym.

b) W spostrzeganych przypadkach nadciśnienia samoistnego u osobników wieku młodego, stwierdzono wystąpienie cierpienia tego po przebytym zapaleniu migdałków. Dopiero z chwilą usunięcia chorych migdałków uzyskano normalne ciśnienie krwi. W przypadkach tych nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych w nerkach. Nadciśnienie samoistne jest cierpieniem polegającym na zakłóceniu równowagi w układzie roślinno-hormonalnym przy zdrowych nerkach; świadczą o tym przypadki nadciśnienia samoistnego przy schorzeniach kory nadnerczy oraz w stanach nadczynności przedniego płata przysadki mózgowej. (Autoreferat).

2. Kol. K. Kruszczyński: *„Przypadek marskości splenomegalicznej"*.

Na wstępie przedstawił prelegent poglądy współczesne na istotę marskości wątroby splenomegalicznej oraz poglądy na patogenezę zmian, toczących się równolegle z marskością wątroby w trzustce.

Następnie zreferował przypadek, jaki obserwował na Oddziale Wewnętrznym Szpit. im. Prez. Mościckiego w sierpniu 1936 r. Marskości wątroby przerostowej wraz z dużą twardą śledzioną towarzyszyły: 1) wybitna niedokrwistość, w obrazie swym przypominająca niedokrwistość złośliwą oraz 2) cukrzyca.

Po zróżnicowaniu omawianego przypadku z całym szeregiem schorzeń, które mogły wchodzić w rachubę, przyszedł prelegent do wniosku, że jest to rzadko spotykany przypadek marskości splenomegalicznej z niedokrewnością pochodzenia śledzionowego oraz cukrzycą, będącą wynikiem zmian równolegle toczących się w trzustce.

W dyskusji kol. Frenklowa wspomniała omawiany przez nią przed dwu laty w Towarzystwie Lekarskim przypadek marskości wątroby wielkośledzionowej u $3^{1}/_{2}$-letniego dziecka, spostrzegany w Szpitalu Anny Marii; obraz krwi i rozpoznanie różniczkowe było podobne do obecnego przypadku.

Sekretarz: *Dr A. S. Tennenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 7 października 1936 r.

1. Kol. Hurwicz *omówił sekcyjne wyniki w przypadku śmierci dziecka po zastosowanych szczepieniach przeciwbłoniczych.* Sekcja wykazała septikopyemię paciorkowcową, przerzutowe ropnie w nerkach, dużą septyczną śledzionę. Wynik sekcji pozwala wykluczyć bezpośredni wpływ szczepień na zejście śmiertelne.

Kol. Orłowski przeczytał notatki z historii choroby, omawiając cierpienia, jakie przechodziło dziecko od 1932 roku. Zanotowane tam są częste anginy z bólami w stawach i kończynach.

Kol. Klinger uważa, że wstrzykiwania w wewnętrzną stronę uda trudniej się wsysają i częściej powodują powikłania. Możliwe jest, że w danym przypadku szczepionka nie była jałowa.

Kol. Ładyński: Szczepionki są bezwzględnie jałowe, w przeciwnym przypadku spostrzegano by więcej zakażeń. Technika zabiegu w danym przypadku nie wzbudza żadnych wątpliwości.

Kol. Załęski: Z piśmiennictwa wiadome jest, że w niektórych krajach stosowanie anatoksyny było przeprowadzone na olbrzymim materiale i nie spostrzegano tam żadnych ujemnych skutków. Uważa, że zejście śmiertelne w omawianym przypadku nie ma bezpośredniego związku ze szczepieniem, jest tu tylko zbieg okoliczności. Możliwe jest, że dzięki zastrzykowi uruchomione i rozsiane zostało jakieś, dotychczas utajone, ognisko ropne w ustroju.

2. Kol. Bender: *„Przypadek zawału mięśnia sercowego u młodego osobnika"*. (Praca ukaże się w druku).

Dyskusja:

Kol. Wolfson zapytał, czy przewożenie do szpitala nie mogło zaszkodzić choremu na zawał serca.

Kol. Klinger zauważył, że mężczyźni przechodzą również okres przekwitania.

Kol. Turyn nie uważa, żeby istniały częste postacie wago- lub sympatykotonii, przeważnie bywają formy mieszane.

Kol. Liniecki dziwi się, że krzywa EKG w 9 miesięcy po napadzie jest podobna do krzywej w czasie napadu. Wysokie ciśnienie nie zgadza się z istnieniem zawału.

Kol. Frenkiel: Istnienie zawału w opisanym przypadku uważa za niewątpliwe, interesujące jest wysokie ciśnienie u młodego chorego, zwykle zawały zdarzają się u osób starszych. Przyczyna cierpienia jest trudna do ustalenia.

Kol. Bender: Przewiezienie chorego wygodną karetką pogotowia nie mogło mu zaszkodzić. Przekwitanie u mężczyzn zdarza się również, lecz rzadziej i mniej wyraźnie, jak u kobiety. Krzywa EKG dopiero w 4 odprowadzeniu dała swoiste zmiany. Za niewątpliwą przyczynę powstania zawału uważa w danym przypadku miażdżycę, która wytworzyła się po przebytym zapaleniu nerek.

Sekretarz: *Dr A. S. Tennenbaum.*

Dni przyjaźni lekarzy polskich i francuskich.

W ostatnich dniach czerwca odbyły się w Paryżu „Dni przyjaźni lekarzy francuskich i polskich" pod wysokim protektoratem Prezydenta Republiki Francuskiej i ambasadora Rzeczypospolitej Polskiej. Do Komitetu Honorowego weszli: prezydent Senatu, prezydent Izby, prezes ministrów, rektor Akademii Paryskiej, dziekani wszystkich wydziałów lekarskich i prezesi wszystkich instytutów naukowych medycznych. Prezesem Zjazdu został wybrany nestor lekarzy francuskich, prof. Achard, sekretarz stały Akademii Nauk Lekarskich i członek *Institut de France*. Sekretariat generalny zjazdu objął w swe energiczne i doświadczone dłonie znany hematolog, prof. Chevallier. Grupę polską reprezentował prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, prof. U. J. P. M. Michałowicz.

Pierwszy dzień Zjazdu został poświęcony omówieniu zjawisk uczulenia (tzw. anafilaksji), występującego przy spożyciu pewnych gatunków win. Następne dwa dni zostały zużyte na zaznajamianie się lekarzy polskich ze zdobyczami nauki francuskiej. Punktem kulminacyjnym było zwiedzenie Instytutu dla Zwalczania Raka *(Institut du Cancer)* w Villejuif pod Paryżem, stworzonego przez znakomitego znawcę tej sprawy, prof. Roussy. Zwiedzono także ośrodek zwalczania chorób wenerycznych.

Członkowie Zjazdu zostali zaproszeni na uroczyste posiedzenie Akademii Nauk Lekarskich, poświęcone zagadnieniu wyludnienia, oraz byli podejmowani w apartamentach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego.

Niezwykle miłe wrażenie odnieśli goście polscy z uroczystego przyjęcia w Ratuszu przez przewodniczącego Rady Miejskiej Paryża, p. Faillot. Przyjęcie odbyło się z zachowaniem przepisów uroczystego protokołu. Przeszedłszy przez oświetlone *a giorno* olbrzymie galerie i sale ratusza, goście polscy znaleźli się w Sali Obchodów. Prezydium Zjazdu w osobach prof. Acharda i prof. Michałowicza udało się — poprzedzone szeregami wyższych urzędników magistratu paryskiego — do p. Faillot. Po przedstawieniu i wpisaniu się gości do Złotej Księgi oraz krótkiej pogawędce,

przewodniczący Rady Miejskiej w towarzystwie wymienionych profesorów, wrócił w ceremonialnym pochodzie na Salę Obchodów. W tym czasie sala wypełniła się lekarzami innych narodowości i ich rodzinami. P. Faillot wygłosił długie przemówienie, podkreślając znaczenie nauk lekarskich dla kultury ludzkości. Połowa przemówienia była poświęcona podkreśleniu przyjaźni, jaka łączy naukę lekarską Francji z nauką lekarską w Polsce.

Z kolei odpowiedział prof. Michałowicz, gorąco dziękując mówcy i miastu Paryżowi za tak serdeczne przyjęcie.

Obie mowy były przyjęte długotrwałymi oklaskami.

Orkiestra gwardii municypalnej Paryża wykonała następnie kilka utworów muzycznych, po czym przewodniczący Rady Miejskiej zaprosił zebranych na lampkę wina.

W trzecim dniu Zjazdu w pięknych salach Palais d'Orsay, rozjaśnionych blaskami pająków i girland, odbył się olbrzymi bankiet paruset osób pod przewodnictwem prof. Acharda. Rząd Francuski był reprezentowany oficjalnie przez dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego, profesora Roussy, Rząd Polski - przez ambasadora Łukasiewicza. Zaproszenia na bankiet zapowiadały nie byle jaką niespodziankę, bo oto autorem menu i odpowiedzialnym za jego wykonanie, był światowej sławy fizjolog, autor wielu prac naukowych z dziedziny fizjologii trawienia, współpracownik Instytutu Pasteura, prof. Pomian-Pożerski. Znakomity fizjolog rozpoczął bankiet wykładem, dlaczego w ten, a nie inny sposób ułożył menu, poruszył zagadnienia smaku, kultury spożywania potraw i historię ich narodzin. Ta miła pogadanka odsłoniła gościom pewne tajniki historii Francji i podana w niezwykle dowcipny sposób, przyczyniła się do zaostrzenia apetytów zebranych.

Wesoły i sympatyczny nastrój osiągnął szczytu, gdy przewodniczący bankietu, akademik Achard zabrał głos i dał wyraz swoim wspomnieniom z pobytu w Polsce W odpowiedzi zabrał głos prof. Michałowicz stwierdzając, że równie miłe wspomnienia wyniosą goście polscy ze swego pobytu we Francji. Jednocześnie prof. Michałowicz podkreślił, że nie tylko sentyment lub wspólny interes łączy dwa narody, że łączy je także umiłowanie do haseł demokratycznych i że na wezwanie autorów deklaracji praw człowieka — Polska odpowiedziała Konstytucją 3-go maja. Ambasador Łukasiewicz podkreślił, że życiem narodów kieruje nie tylko dążenie do zdobywania dóbr materialnych, i do łączenia się we wspólnych interesach; że częściej daleko narody łączą się we wspólnej pracy, kierowane ku sobie wspólną sympatią. Na zakończenie bankietu zabrał głos dziekan Roussy imieniem Rządu Francuskiego, który na tym bankiecie reprezentował. Mówca podniósł znaczenie nauki w życiu narodów i znaczenie nauki, jako czynnika zbliżającego poszczególne narody. Następnie zwrócił się do prof. Michałowicza następującymi słowy: „Panie Profesorze, od wielu lat spotykam Pana pośród nas, od lat 20 jesteśmy czytelnikami Pańskich prac, ogłaszanych w naszym języku ojczystym, jesteśmy świadkami Pańskiej nie ustającej pracy na polu zbliżenia nauki polskiej z nauką francuską. W imieniu Pana Prezydenta Republiki Francuskiej przystępuję do uroczystego aktu mianowania Pana Komandorem Legii Honorowej". W tym miejscu wszyscy zebrani powstali. Obecni na sali Komandorzy Legii Honorowej podeszli do prof. Michałowicza i ujęli dłonie dekorowanego, zaś dziekan Roussy wypowiedział uroczystą formułę mianowania Komandorią Legii Honorowej.

Ostatnie dwa dni zostały poświęcone przyjęciu członków Zjazdu przez Wydział Lekarski Uniwersytetu w Nancy i Dyrekcję Uzdrowiska Vitelle. (l. a. p.).

NEKROLOGIA.

† Śp. Dr Witold Szumlański.

Był jednym z Tych, którzy dziesiątki lat Swego życia poświęcili pracy społeczno-lekarskiej, którzy mimo sędziwego wieku, wierni obowiązkom dobrowolnie podjętym, pełnili je sumiennie, jako dobrzy Polacy, obywatele i lekarze, a usunęli się dopiero wtedy, gdy wiek i osłabione siły kazały Im spocząć.

Dr Witold Szumlański odszedł jako jeden z ostatnich tego zastępu czcigodnych postaci lekarzy i kolegów, którzy w swoim zawodzie widzieli nie tylko lekarza, ale także lekarza-obywatela.

Urodzony w r. 1860 w Warszawie, w niej uczęszczał do szkół średnich i w niej także ukończył studia lekarskie w roku 1884/5. W Warszawie też pracuje początkowo jako lekarz w charakterze asystenta na Oddziale Wewnętrznym dra Sokołowskiego, a potem u prof. Lambla, jako nadetatowy ordynator Kliniki Chorób Wewnętrznych.

Poświęciwszy się chorobom gardła i uszu, przebywa jakiś czas za granicą, a następnie pracuje w warszawskich szpitalach św. Ducha i Dzieciątka Jezus, jako lekarz ambulatoryjny. W latach 1914 i 1915 jest ordynatorem w wojskowym lazarecie miasta Warszawy, po wojnie zaś nie wraca już do służby szpitalnej, lecz pracuje jako lekarz przychodni w Warszawskiej Dyrekcji Kolejowej do roku 1926, zaś w warszawskiej Kasie Chorych do r. 1935.

W czasie okupacji niemieckiej wstępuje w r. 1917, jako urzędnik do Sekcji Zdrowia w ówczesnym Departamencie Spraw Wewnętrznych, a w wskrzeszonej Ojczyźnie w Ministerstwie Zdrowia, gdzie jest naczelnikiem wydziału prezydialnego do r. 1920.

Charakter wciąga Go do pracy społeczno-lekarskiej i stawia w rzędzie najbardziej czynnych. Powołany na członka Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, pełni dwukrotnie obowiązki dorocznego sekretarza (1893 i 1894), a potem, jako członek Zarządu Towarzystwa, pracuje w nim w ciężkich latach 1914—17. Jest też szereg lat stałym współpracownikiem „Przeglądu piśmiennictwa polskiego". Przez długie lata jest członkiem Komitetu



wsparcia wdów i sierót po lekarzach i to niemal do końca życia. Jest organizatorem dwóch wystaw higienicznych w Warszawie (1888 i 1896), członkiem założycielem Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego i jakiś czas jego sekretarzem. Był też sekretarzem Komitetu budowy sanatorium w Rudce, jednym z założycieli Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i długoletnim członkiem jego zarządu. Pracuje w Związku Lekarzy Słowiańskich a jako sekretarz Zarządu jego obwodu warszawskiego, bierze żywy udział w organizacyjnych pracach tego Związku.

Śp. dr Szumlański położył szczególne zasługi na polu organizacji polskiego piśmiennictwa lekarskiego, któremu też poświęcił wiele lat Swego pracowitego życia. Jako współwłaściciel Gazety Lekarskiej od r. 1896 jest w niej czynny, od r. 1909 jest jej wydawcą i administratorem. W najcięższych czasach dla polskiej prasy lekarskiej, w latach wielkiej wojny, wspólnie z dr Antonim Puławskim i Władysławem Starkiewiczem, ówczesnymi redaktorami Gazety Lekarskiej, podtrzymuje jej wydawnictwo, nie szczędząc wielkiego trudu i wysiłku. Jego współpracy i obywatelskiemu stanowisku należy też w znacznej części zawdzięczać fuzję pism lekarskich, przeprowadzoną w r. 1921, i powstanie w ich miejsce jednego pisma tygodniowego „Polskiej Gazety Lekarskiej". Przystępował do fuzji z ciężkim sercem, ale z uczuciem spełnienia dobrego dzieła i obowiązku solidarności. Był też tym, który niemal do ostatniej chwili życia pamiętał o „Polskiej Gazecie Lekarskiej" i nią się interesował.

Cieszył się też śp. dr Szumlański, zarówno w Warszawie, jak i poza nią, szczególnie wśród starszego pokolenia lekarzy, ogólnym uznaniem. Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie zalicza Go w r. 1926 w poczet swych członków honorowych „w uznaniu zasług na polu działalności społeczno-lekarskiej". Towarzystwo Lekarskie Lwowskie w r. 1933 mianuje Go również członkiem honorowym i podnosi Jego „zasługi na polu piśmiennictwa lekarskiego"; to samo czyni w tym samym roku Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

Przed niespełna dwoma laty minęło pół wieku Jego pracy lekarskiej — piękny a tak rzadki jubileusz sędziwy Kolega obchodził wspólnie z dziesięcioma współtowarzyszami i kolegami z ławy uniwersyteckiej, obchodził w pełni świadomości, że nie zmarnował tych pięciu lat dziesiątek i że pracował dla Ojczyzny w czasach Jej ciężkiej doli i w Ojczyźnie wolnej, że spełnił rzetelnie obowiązki lekarza, obywatela i Polaka.

Spółka Wydawnicza Lekarska i „Polska Gazeta Lekarska" wspomina i wspominać będzie Jego pamięć ze szczególną czcią, bo był jej wiernym orędownikiem jako członek Warszawskiego Komitetu Redakcyjnego i długoletni wiceprezes Rady Nadzorczej Spółki od chwili jej powstania, z którego to stanowiska zrezygnował przed rokiem z powodu niemożności czynnego udziału w pracach Rady.

Witold Nowicki.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. dr A. Laskiewicz, dyrektor Kliniki Oto-Laryngologicznej U. P., został wybrany honorowym członkiem Bułgarskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

Na Walnym Zgromadzeniu Delegatów Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie, odbytym dnia 8 lipca 1937, wybrano Radę Zawiadowczą w następującym składzie: Prezes: prof. dr Roman Rencki. Wiceprezesi: prof. dr Witold Nowicki, doc. dr Józef Szymonowicz. Skarbnik: prof. dr Włodzimierz Koskowski. Sekretarz: doc. dr Witold Grabowski. Członkowie Rady: prym. dr Aleksander Domaszewicz, dr Mieczysław Ferensiewicz, prof. dr Napoleon Gąsiorowski, prof. dr Jan Lenartowicz, nacz. dr Wacław Majewski, dyr. dr Andrzej Pohorecki, doc. dr Antoni Sabatowski, prof. dr Zdzisław Steusing.

X Zjazd Stowarzyszenia Lekarzy i Dentystów Polskich w Ameryce odbędzie się w dniach 26—28 sierpnia br. w Bostonie.

III Międzynarodowy Tydzień Lekarski w Szwajcarji odbędzie się w czasie od 29 sierpnia do 4 września br. w Interlaken. Informacyj udzieli sekretariat: Klosterberg 27. Bâle (Journal Suisse de Médecine).

Różne.

Z kraju.

Podług danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, łączne świadczenia ubezpieczalni społecznych na terenie całego Państwa (ubezpieczenia na wypadek choroby) wyniosły w I kwartale br. 20,191.713 zł, w tym zasiłki 3,578.001 zł, opieka lekarska 7,201.991 zł, środki lecznicze i pomocnicze 3,712.540 zł, szpitale i zakłady lecznicze 5,095.125 zł, leczenie w bratnich ubezpieczalniach 159.153 zł i profilaktyka 444.903 zł.

Prace Rady Naukowo-Lekarskiej przy Z. U. S.ześrodkowały się w okresie ostatnich paru tygodni w dwóch zespołach, które opracowują ważne zagadnienia z dziedziny naukowo-lekarskiej i szkoleniowej i w związku z przygotowaniami do budowy Instytutu Medycyny Ubezpieczeniowej w Warszawie.

Z okazji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie odbyło się, pod przewodnictwem prof. dra Czubalskiego Franciszka, zebranie zespołu III Rady N. L., na które zaproszono również kierowników kursów medycyny społecznej, organizowanych przez Z. U. S., przy współudziale wszystkich wydziałów lekarskich uniwersytetów w Polsce. Przedyskutowano dokładnie i wszechstronne wyniki i spostrzeżenia z prac dotychczasowych i omówiono możliwości i warunki dalszego prowadzenia kursów medycyny społecznej dla lekarzy, stworzenia specjalnych lektoratów przy wszystkich wydziałach lekarskich w Polsce, oraz przeznaczenie i kierunek naukowej pracy specjalnego Instytutu Medycyny Ubezpieczeniowej. W tej ostatniej sprawie wypowiedziano się za rychłą koniecznością wyboru i przygotowywania, już obecnie, przyszłych ordynatorów tegoż Instytutu, którzy zajęliby się stroną naukowo-leczniczą w zakresie nowych dziedzin w Polsce, jakimi są choroby zawodowe i orzecznictwo lekarskie, postawione na stopie klinicznej.

Prace przygotowawcze, prowadzone przez zespół IV Rady N. L. nad budową Instytutu Medycyny Ubezpieczeniowej, posunęły się tak daleko, że dnia 15 lipca br. odbyło się plenarne posiedzenie w tym celu ukonstytuowanego zespołu Rady N. L., pod przewodnictwem gen. dr Roupperta. W posiedzeniu wzięli poza tym udział dyrektor Departamentu Ubezp. Społecznych, dr Dyboski Tadeusz, komisarz Zakładu Ubezp. Społecznych, b. min. gen. dr Hubicki Stefan, naczelny dyrektor Zakładu Ubezp. Społ. Lgocki, dyrektor Działu Lecznictwa Zakł. Ubezp. Społecznych, dr Wąsowicz Stanisław, senator prof. dr Michałowicz Mieczysław i zast. dyrektora Dep. Służby Zdrowia, dr Babecki Jerzy. Dyskusja toczyła się na temat dwóch dużych referatów, przedstawiających szczegółowo wszystkie postulaty pod względem utylitarnego budownictwa szpitalnego; omówiono kubaturę całego budynku i poszczególnych pomieszczeń, urządzenia higieniczno-budowlane itp. oraz ustalono wspólnie z władzami Z. U. S. dalszy bieg prac przygotowawczych do rozpisania konkursu na projekt Instytutu Med. Ubezp. Posiedzenie to posunęło znacznie naprzód realizację tego wielkiego dzieła, jakim będzie budowa ogromnego Instytutu-szpitala dla zaspokojenia pilnych potrzeb polskich ubezpieczeń społecznych i szpitalnictwa stołecznego.

W okresie trwania sezonu w miejscowościach kuracyjnych na terenie Polski notowany jest ogromny wzrost zatrudnienia. Dowodzą tego cyfry ubezpieczonych w ubezpieczalniach społecznych. I tak np. w Zakopanem w sezonie martwym zatrudnionych jest około 1.500 osób, w sezonie letnim i zimowym natomiast liczba zatrudnionych wzrasta do 2.210 osób. W Szczawnicy ze 120 osób w sezonie martwym wzrasta ta cyfra w sezonie letnim i zimowym do 320 osób. W Rabce — ze 100 do 350 osób.

Włochy.

Przymusowej ochronie macierzyństwa podlegają wszystkie kobiety pracujące od 15 do 50 lat, z wyjątkiem zarabiających ponad 800 lirów miesięcznie. Dekretem z dnia 7 sierpnia 1936 r. rozszerzono ubezpieczenie i na pracownice rolne. W roku 1934 wydatkowano z tego tytułu 912.400 lirów, a w r. 1935 przeszło milion. Źródłami dochodu są: 1) składka 7 lirów rocznie, 4 liry od pracodawcy a 3 liry od pracownicy, 2) subwencje państwowe po 18 lirów na każdy poród lub poronienie, dające prawo do zapomogi, 3) dary, zapisy itp. (Kom. II. R. N. L. Z. U. S.).

Grecja.

Dekret z dnia 4 listopada 1936 r. powołuje instytucję opieki nad marynarzami chorymi na gruźlicę płuc, gruźlicę gruczołów oskrzelowych i na choroby serca. Dekret dotyczy wszystkich pracowników morza, posiadających dyplom lub świadectwa, uprawniające do wykonywania zawodu. Z rozporządzeń dekretu skorzystają oni bez ujmy dla praw, które mogą uzyskać, w myśl ustawy o wynagrodzeniu za wypadki przy pracy. Ażeby korzystać z powyższej pomocy, pracownik powinien mieć dwa lata ubezpieczenia (z których 12 miesięcy podczas ostatnich trzech lat) na okręcie greckim o tonażu ponad 10 ton. Świadczenia, okazywane tym osobom, zależnie od ciężkości schorzenia, dzielą się na trzy kategorie. (Kom. II. R. N. L. Z. U. S.).

Redakcja otrzymała:

Letterio Cannavo: La broncospirochetosi di Castellani. L. Salpietra Editore. Palermo. 1937.

Wydawnictwa Zarządu Głównego P. C. K.:

A. Kwiecińska: Przygody Mateuszka. Cena: 50 gr.

St. Przedpełski: Choroby zaraźliwe. Cena: 15 gr.

M. Bogusławska: Pilnuj oka w głowie. Cena: 15 gr.

J. Lipkowski: Chore zwierzę niebezpieczeństwem dla człowieka. Cena: 15 gr.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.